Rok XXXIX. Kraków, 21 Kwietnia 1900. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekolog. Prof. Marsa we Lwowie.

Włókniakomięśniak prawego okrągłego więzu macicy w przewodzie pachwinowym.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Guzy więzów okrągłych macicy należą do zmian chorobowych, nader rzadko spostrzeganych, to też i piśmiennictwo wykazuje tylko nieliczne opisy, a i te nie są bardzo dokładne. Wogóle można powiedzieć, że rzecz mało zbadana i dlatego każdy nowy przypadek jest pożądany.

Między ogłoszonymi przypadkami napotykamy opisy guzów torbielowatych z zawartością płynną i guzów stałych. Do guzów z zawartością płynną zaliczyć należy krwisteki więzu okrągłe gomacicy (Gottschalk, Schramm); ropień, spostrzegany przez Martina, którego powstanie odnosi autor do pierwotnego krwisteku; nadto guzy torbielowate, które uważać należy właściwie za *hydrocele muliebris*, powstałą w przewodzie Nuckiego, — przypadki takie opisali Michel, Mühlerheim, Noll, Schäfer, Schlayer, Smital i inni. — Pomiędzy guzami stałymi spostrzegano mięśniaki (Hansemann); mięśniakogruczolaki (Cullen, Blumer, Pfannenstiel); przypadek *cystofibroma* podała Agnieszka Bluhm; *fibrolipoma* opisał Witte; mięśniakowłókniaki widzieli Hasenbalg, Heydemann, Blaillon i inni. Guinard w roku 1898, podając przez siebie spostrzegany przypadek, zestawił z literatury 17 przypadków. —

Większość wymienionych przypadków znachodzi się w piśmiennictwie w skromnej postaci bardzo krótkich wzmianek, zanotowanych w protokółach posiedzeń towarzystw naukowych, na których były przedstawione guzy więzów okrągłych macicy, uzyskane wśród zabiegów operacyjnych.

Dokładniejszy opis przypadku spotykamy w pracy Hasenbalga (Zeitschrift f. Gyn. tom XXIII). Między innemi uwagami autor nadmienia, że nie mógł w literaturze znaleść przypadku, w którymby mięśniakowłókniak więzu okrągłego macicy leżał w przewodzie pachwinowym; zwykle napotykano guzy te w jamie brzusznej, albo pod skórą na zewnątrz kanału pachwinowego. Przypadek Heydemanna jest późniejszy.

W zestawieniu Guinarda (Rev. de chir. tom XVIII str. 63) napotykamy wzmiankę, dotyczącą częstości, a mianowicie twierdzi autor, że najczęściej występują włókniakomięśniaki.

W obec tego sądzę, że przypadek, który niedawno miałem sposobność spostrzegać i operować, a w którym znalazłem guz, położony w przewodzie pachwinowym, należy do rzadkości i dlatego tem więcej poczuwam się do obowiązku podania szczegółów, które zauważyłem.

S. W. żona nauczyciela z Łańcuta, licząca 28 lat, rz. kat., zamężna od 4 lat. W dzieciństwie chorowała często na zapalenie migdałków i cierpiała na obrzęki gruczołów podszczękowych. Pierwszy raz miesiączkowała w 13 r. życia, miesiączka powracała regularnie co 4 tygodnie, bolesna, obfita, trwająca tydzień. Rodziła 3 razy: pierwszy poród ukończony operacyą kleszczową, dziecko umarło po 5 dniach. Drugi poród prawidłowy, dziecko, które sama karmiła, żyje. Trzeci poród odbył się siłami natury przed 3 miesiącami, dziecko zdrowe, karmiła sama przez miesiąc, poczem karmienia zaniechała z powodu dolegliwości, jakie jej sprawiał guz, na który cierpiała.

Przed 3 laty po pierwszym porodzie zauważyła bolesność w pachwinie prawej. Położna, do której się chora po radę udała, stosowała na ten ból mięsienie, którego chora znosić nie mogła, gdyż ból się pod wpływem mięsienia wzmagał. W rok później spostrzegła chora w tem samem miejscu, w którem dawniej uczuwała bolesność, tuż nad pachwiną prawą, nieco bliżej spojenia kości łonowych, guzek wielkości orzecha włoskiego, w dotknięciu zbity, który zwolna ale stale się powiększał i rozmiarami dosięgnął w czasie ostatniego połogu połowy obecnej wielkości. Od czasu ostatniego połogu t. j. od 3 miesięcy guz począł rozrastać się szybko, co wreszcie zmusiło chorą do szukania pomocy w klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej. Od czasu szybszego rozrostu guza chora czuje w jego okolicy bóle, które jej się stały nieznośne i godzi się na zabieg operacyjny, byle się pozbyć mogła guza i cierpienia.

Badanie przedmiotowe wykazało: wzrost średni, budowa ciała i odżywienie liche. Nad szczytem płuca prawego wypuk przytłumiony, zmian przysłuchowych niema. Tony serca czyste. Wątroba i śledziona nie powiększone. W okolicy nadpachwinowej prawej widać wyniosłość wielkości dużego jaja strusiego, nieco wrzecionowatą, której oś długa leży równolegle do więzu Pouparta. Brzuch zresztą płaski, powłoki nad guzem nieco więcej napięte, po stronie zaś lewej wiotkie, pofałdowane, pokryte licznemi bliznami poporodowemi. Pępek zbacza na lewo, mniejwięcej na 2—3 centymetrów od linii środkowej. Linia biała, ciemniej zabarwiona, zbacza na lewo łukowatem wygięciem, którego największa wypukłość przypada w odległości 6 centym. poniżej pępka. —

Przy obmacywaniu czuć w powłokach brzusznych tuż nad pachwiną prawą i nad spojeniem kości łonowych guz zbity, twardy, w dotknięciu niemal chrząstkowaty, postaci jajowatej, wielkości dużego jaja strusiego, końcem cieńszym przylegający do kolca górnego przedniego kości biodrowej prawej, końcem grubszym zaś sięgający po nad spojeniem kości łonowych ku drugiej pachwinie, niemal do połowy długości lewego więzu Pouparta. Guz ten o powierzchni gładkiej okazuje od przodu bardzo dokładnie wyczuć się dające, rowkowate, szczelinowate przewężenie, poprzecznie przez guz przebiegające w kierunku od dołu ku górze i na prawo w miejscu, położonem po nad zewnętrznym brzegiem wargi sromowej prawej. — Z boku na bok guz się wcale poruszać nie daje, natomiast z dołu do góry i na odwrót jakby nieznacznie ruchomy. Tuż popod dolną granicą guza, w samej pachwinie, nad zewnętrznym brzegiem wargi sromowej prawej, w okolicy, odpowiadającej ujściu zewnętrznemu kanału pachwinowego prawego, czuć bardzo wyraźnie przez skórę zagłębienie, do którego koniec palca wtłoczyć można. Zagłębienie to ma postać trójkątną, kątem ku dołowi a podstawą ku górze zwróconą, tak, że jest otoczone dwoma rozbieżnie ku górze przebiegającemi, nader mocno napiętemi, blaszkowatemi ramio-

nami. Ramię zewnętrzne przechodzi na przednią ścianę guza i gubi się w poprzecznym, wyżej opisanym rowku, ramię wewnętrzne podchodzi pod guz. Na zewnętrznej granicy guza po stronie prawej, w miejscu, które leży tuż przy górnym prawym kolcu biodrowym, wymacać można jakby wstążkowate, mocno zbite, napięte połączenie między guzem a kolcem biodrowym.

Podczas siadania występuje guz jeszcze więcej na zewnątrz, a powyżej niego tworzy się w powłokach brzusznych zagłębienie, w którem można wybadać skurczony mięsień prosty prawy. Między mięśniami prostymi podczas siadania można wyczuć rozstęp, do którego końce palców wprowadzić można. Mięsień prosty prawy podchodzi pod guz, lewy zaś okrąża jego lewe ograniczenie. Największa szerokość 19 ctm.



Dla uzupełnienia opisu podaję obok fotografię, która zaznacza położenie guza, wejrzenie brzucha, położenie pępka, jak niemniej silniejszem nieco zacieniowaniem miejsce, gdzie leżało szczelinowate przewężenie guza.

Wejście do pochwy szerokie, ściany pochwy wygładzone, część pochwowa skierowana ujściem ku spojeniu kości łonowych, dalszy ciąg macicy tyłozgiętej w sklepieniu tylnem. Badanie zestawione obecnością guza utrudnione, *parametria* wolne. Badając przez sklepienie prawe i uciskając guz drugą ręką od zewnątrz czuć guz, ułożony w powłokach brzusznych, wypuklający się po stronie prawej ku jamie brzucha. Jakiegoś związku pomiędzy guzem a organami płciowymi przy badaniu wewnętrznem wykazać nie można. Ruchy guza nie udzielają się narządowi płciowemu i na odwrót poruszając macicę niemożna wykazać udzielania się ruchów guzowi. Po stronie prawej w zatoce krzyżowo-biodrowej jajnik prawidłowych rozmiarów.

Wobec tego stanu badanie zewnętrzne przemawiało za rozpoznaniem *fibromyoma ligamenti rotundi dextri*. Uwzględniając jednak okoliczność, że wśród badania wewnętrznego i zestawionego nie mogłem wykazać żadnej łączności guza z narządami płciowymi, położonymi w jamie miednicy, rozpoznanie to chwiało się i zacząłem przypuszczać, że mam może do czynienia z włókniakiem powłok brzusznych, wychodzącym z powięzi mięśnia skośnego wewnętrznego.

Do tego wahania się w rozpoznaniu przyczyniła się także i praca Olshausena *(Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* w tomie 41), w której autor wymienia 22 przypadków guzów powłok brzusznych, wychodzących z powięzi mięśniowych, a między innemi wspomina, że niektóre podobnie, jak w naszym przypadku, wykazywały łączność z kolcem górnym przednim kości biodrowej

Dnia 23. XI. 98. w uśpieniu chorej chloroformowem przystąpiłem do operacyi. Cięciem, poprowadzonem równolegle do pachwiny wzdłuż największej wypukłości guza. przeciąłem skórę, potem powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, poczem odsłonił mi się guz, który wyłuszczyłem. Wśród operacyi okazało się, że guz był połączony silnym więzem z kolcem przednim górnym kości biodrowej prawej, który tuż przy guzie przeciąłem; nadto, że zewnętrzny prawy koniec guza leżał bezpośrednio na samej otrzewnej, od której go musiałem oddzielić na przestrzeni małej dłoni, koniec zaś lewy leżał tuż pod skórą na mięśniu prostym prawym. Guz zatem przebijał skośnie wszystkie warstwy mięśni i powięzi ściany brzusznej. W połowie guza głęboki, szczelinowaty, od miejsca otworu pachwinowego zewnętrznego skośnie ku górze i nieco na prawo poprzecznie przebiegający rowek, w którym leżały silne wiązki powięziowe, które też nożem oddzielić musiałem. Podobny mniej wyraźny rowek na tylnej ścianie guza.—

Po wyłuszczeniu guza i podwiązaniu kilku drobnych naczyń krwionośnych pozeszywałem warstwowo powłoki brzuszne, łącząc części do siebie należące kilkoma piętrami, warstwy głębsze katgutem, a skórę jedwabiem Rozglądając się w łożysku guza w czasie podwiązywania naczyń i zeszywania tkanin nie mogłem wykazać, skąd guz wyrastał. —

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, zagojenie przez rychłozrost. 10 grudnia przed wyjściem chorej z kliniki przedsięwzięte badanie przedmiotowe wykazało, że postać brzucha zmieniona, wygląda bowiem prawie symetrycznie, chociaż nieznaczne wygięcie linii białej i przesunięcie pępka jeszcze widoczne. Żałuję wielce, że nie mogłem dać chorej po operacyi fotografować, gdyż czasu nie było, chora bowiem koniecznie powrócić chciała jaknajspieszniej do domu. —

Dalej przy badaniu wykazano, że po stronie prawej wzdłuż więzu Pouparta istnieje bardzo wyraźne niebolesne zgrubienie, że po stronie lewej można wybadać bardzo dokładnie ujście zewnętrzne kanału pachwinowego, podczas gdy po stronie prawej mimo bardzo starannego poszukiwania ujścia kanału pachwinowego wybadać nie można.

Badanie wewnętrzne przedstawia zupełnie nie zmieniony, ten sam obraz, jaki stwierdzono przy pierwotnem badaniu przed operacyą.

Wydobyty guz przedstawia na powierzchni opisany poprzednio rowek, głęboki na kilka milimetrów, przebiegający poprzecznie po guzie. Na przekroju wygląda guz, jak włókniak. Tuż pod powierzchnią na najwyższem wypukleniu guza znachodzi się miejsce wielkości $1\frac{1}{2}$ guldena, na dwa centymetry wgłąb utkania ciemno czerwono zabarwione, więcej unaczynione.

Badanie drobnowidowe wykazuje pasma tkanki łącznej, włókna elastyczne i wiązki mięśni gładkich, dość liczne przekroje naczyń, koło których widać śluzakowate zwyrodnienie utkania W obec tego rozpoznanie anatomiczne brzmi: *fibromyoma ligamenti rotundi dextri, degeneratio myxomatosa perivascularis.* Preparaty przedstawiłem kol. profesorowi Obrzutowi, który to rozpoznanie w całości potwierdził,

Zastanawiając się nad tym przypadkiem przychodzi się do przekonania, że mimo, iż tak dobrze wśród badania przedmiotowego klinicznego, jakoteż i wśród operacyi nie można było wykazać łączności bezpośredniej guza z więzem okrągłym, to przecież uwzględniając budowę drobnowidową i obecność wiązek mięśni gładkich w utkaniu guza, musimy przyjąć, że guz ten wychodził z więzu okrągłego. Skoro zaś to jest pewnem, to przyjąć musimy, że dołek postaci trójkątnej, wybadany w pachwinie pod guzem, którego brzegi w postaci blaszkowatych więzów guz obejmowały, był częścią nadmiernie rozciągniętego, zewnętrznego prawego otworu pachwinowego. Tym sposobem guz opisany leżał prawą połową w nadmiernie rozdętym kanale pachwinowym, lewa zaś jego połowa była ułożona tuż pod skórą. Przemawia za tem już i ta okoliczność, że guz przebijał skośnie wszystkie warstwy ściany brzusznej i prawym brzegiem ściśle do otrzewnej przylegał. Nadto przemawia za tem okoliczność, że po wyleczeniu chorej po stronie prawej otworu pachwinowego nie znaleziono, został bowiem zaszyty przy łączeniu warstwowem tkanki. Za tem prz mawia też wreszcie i zgrubienie, wybadane po operacyi tylko wzdłuż więzu Pouparta, podczas gdy przy obmacywaniu części, wyżej położonych, nic nieprawidłowego w powłokach brzusznych nie było można wybadać.

Widocznie rozciągnięte guzem tkaniny w czasie gojenia się rany ściągły się i całe pierwotne łożysko guza zostało przyciągnięte do więzu Pouparta, w którem też miejscu dawało się po operacyi wyczuć zgrubienie. —

Z objawów spostrzeganych na szczególniejszą uwagę zasługuje kilkakrotnie wspomniany rowek, który był rozszerzonym otworem pachwinowym objęty, a który w każdym podobnym do naszego przypadku znaleśćby się powinien. Dalej zasługuje na uwagę wejrzenie całe brzucha, wygięcie linii białej i przesunięcie pępka.

W każdym razie z całego przebiegu przypadku wynika, że guz leżał w rozdętym nadmiernie kanale pachwinowym i że pod tym względem przypadek ten jest wyjątkowym, jakiego dotychczas nie spostrzegano.

II. Przyczynek do techniki zamknięcia światła jelita.[1]

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii w Uniwersytecie lwowskim

(z 6 rycinami)

W numerze 27 *„Centralblatt für Chirurgie"* z r. 1899 ogłasza F. de Quervain z Chaux-de-Fonds artykuł p. t. „Zur Verwendung der Tabaksbeutelnaht" i oświadcza, że szew kapciuchowy zawdzięcza swoje ogólne użycie w chirurgii brzusznej Doyenowi, który zalecił go do zamknięcia podwiązanego przedtem wyrostka robaczkowego, jelita, a nawet żołądka, jako też jamy Douglasa, po wycięciu macicy przez laparotomię[2]).

F. de Quervain, zachęcony niezaprzeczonemi zaletami szwu kapciuchowego, zastósował go w całym szeregu przypadków i rozszerzył zakres tego postępowania do zamykania zranionej otrzewnej w celu zapobiegania zrostom trzewiów brzusznych z linią szwu (t. zw. przez niego szew kapciuchowy wygłabiający, ausstülpende Tabaksbeutelnaht).

Co się tyczy wytrzymałości szwu kapciuchowego w porównaniu ze szwem kuśnierskim, założonym sposobem Lemberta, okazało się z doświadczeń, które w tym celu na trupach wykonał, że szew kapciuchowy jest daleko (2—3 razy) wytrzymalszy, aniżeli szew Lemberta. Autor podaje też szematyczny rysunek sposobu Doyena[3]).

Również w wychodzącem właśnie pod redakcyą Bergmanna, P. Brunsa i Mikulicza dziele p. t. „Handbuch der praktischen Chirurgie" opisują Mikulicz i Kausch w rozdziale „O technice operacyi na przewodzie żołądkowo-jelitowym" znowu szew sznurówkowy Doyena, jako najlepszy sposób zamykania światła jelita. Sposób Doyena polega jak wiadomo na: zmiażdżeniu wszystkich warstw ściany jelitowej za pomocą umyślnie zbudowanych kleszczy (pince-clamp, vasotribe, pince à écrasement[4]), przez co podwiązywanie naczyń staje się zbytecznem, — na podwiązaniu bruzdy, powstałej ze zmiażdżenia, cienkim jedwabiem, odcięciu nożyczkami wystającego rąbka błony śluzowej, przepaleniu małego otworu kikuta delikatnym palnikiem Paquelina, założeniu szwu sznurówkowego, wgłobieniu szczypczykami anatomicznemi zasznurowanego kikuta i związaniu równoczesnem szwu sznurówkowego; ponad miejscem zasznurowanem zakłada się podobny drugi szew sznurówkowy.

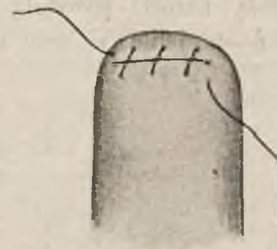
„Korzyści sposobu Doyena są wielorakie: ślepe zamknięcie daje się prędzej uskutecznić i jest pewniejsze, aniżeli przy użyciu zwykłego szwu; główna jednak korzyść jest ta, że — przy należytem wykonaniu — zamknięcie jelita daje się wykonać prawie aseptycznie i że jama otrzewnowa nie bywa przytem wcale zakażoną".

Ponieważ ten sam cel tj. silne i pewne zamknięcie światła jelita daje się osiągnąć w sposób o wiele prostszy przez zastósowanie sposobu, podanego przez N. Senna[5]) jeszcze w r. 1889, jak również przez użycie mojej modyfikacyi tegoż sposobu, obmyślanej jeszcze w roku 1891 i zastósowanej wielokrotnie z najlepszym skutkiem[6]), — i ponieważ o obu tych postępowaniach przytoczeni autorowie nie wspominają, pozwalam sobie podać je na tem miejscu do szerszej wiadomości.

Senn poleca w celu zamknięcia światła jelita wgłobienie kikuta na 1 ctm. głęboko i założenie kilku ściegów (u psa 2—3) szwu kuśnierskiego sposobem Lemberta (obejmujących tylko błonę surowicza i mięsną) (por. Fig. I). Ja użyłem tego sposobu zamknięcia wielokrotnie z jak najlepszym skutkiem, przekonałem się jednak wkrótce, że szew ten da się uprościć, wiążąc poprostu ze sobą końce kilku szeregów rzadko założonego szwu kuśnierskiego tj. zamieniając ten szew na sznurówkowy (por. Fig. II, III i IV).



Rysunek I. Szematyczne przedstawienie sposobu Senna zamykania światła jelita (wgłobienie + szew kuśnierski sposobem Lemberta).



Rysunek II. Szemat. przedstawienie mojej modyfikacyi szwu Senna (wgłobienie + szew sznurówkowy).



Rysunek III. Moim sposobem zamknięte światło jelita na przekroju podłużnym (szematycznie); w górnej części rys. uwidoczniony szew sznurówkowy ściągnięty.

Technika jest bardzo prostą. Po oczyszczeniu światła jelita wacikami sublimatowymi chwyta się resekowany kikut blisko przyczepu krezki kleszczykami zasuwkowemi i wgłabia wolny koniec na 1 ctm. głęboko w światło jelita. Trzymając

[1]) Podług wykładu z przedstawieniem preparatów, na IX zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 19 lipca 1899.

[2]) Doyen: Technique chirurgicale. Paris 1897 N. 581.

por. także: F. Terrier i M. Boudouin. La suture intestinale Paris 1898 Str. 306 i nn.

jako też: M. Jeannel. Chirurgie de l'intestin. Paris 1898, str. 160 i nn.

[3]) l. c. str. 756.

[4]) Mikulicz uprościł kleszcze te i nazwał je enterotrib.

[5]) Nicholas Senn. *Experimental Surgery, Chicago,* 1889, str. 468 i 469.

[6]) Porównaj moje prace następujące:

»O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senna w chirurgii żołądka i jelit«. *Pamiętnik Tow. lek. warsz. Rok 1893 Tom 89. i Archiv für klin. Chirurgie. Tom 44, zeszyt 3, 1892.*

»Płytki z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem Senna« ibidem i »Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita i t. d.« *Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1899, Tom 96, i Archiv für klin. Chirurgie Tom 58 zeszyt 1.*

tak wgłobiony kikut kleszczykami zasuwkowemi, zakłada się kilka rzadkich ściegów szwu kuśnierskiego sposobem Lemberta (tylko przez błonę surowiczą i mięsną) i wiąże silnie oba końce nitki. W razie związania końców pierwszego ściegu ze sobą, można zaraz potem usunąć kleszczyki zasuwkowe i wtedy można prawie bez asystencyi, trzymając wgłobiony kikut palcami lewej ręki, prawą założyć kilka dalszych ściegów i koniec nitki dowiązać do węzła pierwszego ściegu. Albo można zaraz po wykonaniu wgłobienia usunąć kleszczyki zasuwkowe i utrzymać wgłobienie kikuta założeniem nań jednych lub 2 kleszczyków haczykowatych z zasuwkami; wtedy należy tylko związać z sobą oba końce nitki szwu kuśnierskiego. Cały ten zabieg trwa niespełna minutę. Przez wgłobienie i założenie szwu kapciuchowego powierzchnie surowicze zbliżają się do siebie bardzo ściśle (por. Fig. III) tak, że drugi rząd szwu jest zbyteczny. Jeżeli błona śluzowa kikuta wypukla się bardzo nad błonę surowiczą, ścina się rąbek jej nożyczkami i zaraz przystępuje się do wgłobienia; podwiązywanie krwawiących naczyń błony śluzowej jest zazwyczaj zbyteczne, ponieważ po wgłobieniu i zamknięciu światła szwem kapciuchowym ustaje krwotok nawet z większych naczyń.

Używałem tego szwu wielokrotnie do zamknięcia światła jelita biodrowego i grubego w licznych moich doświadczeniach z szwem płytkowym Senna; w początkowych doświadczeniach używałem tego postępowania tylko wobec małego światła jelita, później bez względu na wielkość światła jelita [7]. W doświadczeniach z całkowitem wykluczeniem jelita z całkowitem zamknięciem pętli wykluczonej używałem wyłącznie tego sposobu do obustronnego zamknięcia na ślepo pętli wykluczonej [8], aby skrócić czas trwania operacyi. Wyniki miałem bardzo dobre, ślepo zaszyte końce jelita tworzyły zaokrąglone końce, a wgłobiona część jelita tworzyła jakby półkulistą narośl, powstałą przez zgrubienie ścian jelita w tem miejscu (porównaj Fig. V i VI).



Rysunek IV.
Wierny rysunek preparatu, przechowanego w roztworze formaliny, przedstawiający jeden ze ślepo zamkniętych końców wykluczonej okrężnicy poprzecznej u psa, w 43 dni po wykluczeniu: u dołu przyczep krezki; na końcu kapciuchowato zamkniętym widać węzeł szwu kapciuchowego.



Rysunek V.
Przekrój podłużny ślepo moim sposobem zaszytej okrężnicy poprzecznej z przypadku kolostomii bocznej u psa, wykonanej przy pomocy płytek brukwiowych. Preparat przechowany w formalinie, objaśnienie bliższe w tekscie.



Rysunek VI.
Ślepo (moim sposobem) zamknięty koniec wykluczonej pętli okrężnicy poprzecznej u psa (preparat formalinowy, objaśnienie w tekście).

Za użytecznością tego sposobu zamknięcia na ślepo jelita, przemawiają najbardziej moje doświadczenia, przedsiębrane w celu przekonania się, czy u człowieka jest dozwolonem całkowite wykluczenie jelita z zupełnem zamknięciem pętli wykluczonej. Pomimo bowiem, że w niektórych przypadkach w tak wykluczonym kawałku jelita tworzyły się wrzody lub nagromadzała się znaczna ilość treści, tak że pętla ta przedstawiała się w postaci kiełbasy o wydętych silnie ścianach, — szew ten domykał zawsze dostatecznie, a na obu końcach, zaszytych na ślepo, znajdowano zawsze silne, niepodatne blizny [8]).

Także sposób pierwotny, zalecony przez Senna, dał jak najlepsze wyniki w przypadkach doświadczalnych. W przypadku całkowitego wykluczenia jelita z zupełnem zamknięciem u człowieka [9]) użyłem w obec niezwykle wielkich świateł sposobu Senna (szew kuśnierski) do zamknięcia na ślepo wszystkich 4 świateł (tj. pętli wykluczonej na obu jej końcach, i ramienia do- i odprowadzającego jelita głównego), ponieważ wykonałem ileokolostomię boczną za pomocą płytek brukwiowych; wszystkie 4 zamknięcia domykały dobrze, a chory wyzdrowiał trwale!

Osiągnięte wyniki użytego przezemnie szwu kapciuchowego objaśniają najlepiej wierne rysunki podłużnych przekrojów zamkniętych w ten sposób świateł jelitowych.

Rysunek V przedstawia przekrój podłużny zamknięcia jelita grubego w 134 dni po zamknięciu i pochodzi z przypadku całkowitego wykluczenia jelita u psa (przypadek III). Resekowane kikuty jelita głównego zaszyto tu na ślepo, a oba ramiona tegoż połączono bocznie za pomocą szwu płytkowego z brukwi. Preparat przedstawia jeden z końców, zaszytych na ślepo. Wgłobiony kawałek jelita, w którym wszystkie warstwy jelita dadzą się rozpoznać, tworzy półkulisty twór, sterczący do światła jelita, pokryty wszędzie błoną śluzową. Rysunek VI przedstawia przekrój podłużny zamkniętej na ślepo okrężnicy poprzecznej i pochodzi z przypadku doświadczenia z całkowitem zamknięciem u psa (doświadczenie II). Oba zamknięcia wykluczonej pętli przedstawiają podobne stosunki anatomiczne, jak je przedstawia rysunek V, tylko twór półkulisty, sterczący do światła jelita, jest na rysunku VI dłuższy, ponieważ jelito wgłobiono tutaj głębiej. Wszystkie preparaty, pochodzące z całkowitego wykluczenia, przedstawiają zupełnie podobne stosunki anatomiczne, dlatego rysunków tych nie przedkładam.

W celu porównania wytrzymałości szwu, przez siebie poleconego, z wytrzymałością szwu Doyena przedsięwziąłem szereg doświadczeń na ludzkich zwłokach i badałem w przybliżeniu wytrzymałość obu szwów. W braku kleszczy (vasotribe) Doyena i Mikulicza użyłem kleszczy Billrotha, zaleconych do uciśnięcia szypuły jajników i szerokich więzadeł macicznych. Kleszcze te działają podobnie, jak kleszcze Doyena lub Mikulicza, jeżeli całą siłą dłoni uciśniemy nimi wszystkie ściany jelita — tj. miażdża je, pozostawiając tylko prawie przeźroczystą błonkę [10]). Doświadczenia te wykazały, że bezpośrednio po zabiegu wytrzymałość obu sposobów zamknięcia jest jednakowa i że oba zamykają światło jelita bardzo dokładnie, o czem można się było przekonać przez napełnianie wodą, podwiązywanie i ściskanie tak zamkniętych kawałków jelita.

Przy tej sposobności badałem także na zwłokach spo-

[7]) Porównaj doświadczenia w wyżej przytoczonych pracach.

[8]) Porównaj historyę przypadków doświadczalnych w odnośnej wyżej przytoczonej pracy.

[9]) Por. *Przegląd chirurgiczny* 1894, *Zeszyt 4* str. 595—615 i *Centralblatt für Chirurgie* 1894 Nr. 27.

[10]) Ponieważ zamknięte końce tych kleszczy nie przebiegają do siebie równolegle, tylko pozostawiają otwór podobny do rombu, należy je zakładać na jelito z obu stron.

sób, przez siebie polecony w celu zamknięcia dolnej części jelita grubego (okrężnica zstępująca, jelita esowate) przy wyłuszczeniu tego jelita wraz z odbytnicą nowymi sposobami, podanymi przez Gaudiera, Chalota, Giordano i Quenu.

W celu wyłuszczenia wysoko sięgających nowotworów odbytnicy, przechodzących na jelito esowate, podali w r. 1896 prawie niezależnie od siebie i równocześnie: Gaudier[11]) Chalot[12]) i D. Giordano[13]), a później także Quenu[14]) sposób złożony, polegający na wyłuszczeniu odbytnicy przez laparotomię i międzykrocze lub od strony kości krzyżowej (voie abdomino-périneale, voie abdomino-sacrée). Sposoby te polegają w głównych zarysach: na wykonaniu laparotomii, podwójnem podwiązaniu i poprzecznem przecięciu jelita esowatego, wgłobieniu i zaszyciu dwoma rzędami szwu Lemberta ramienia odprowadzającego, założeniu sztucznej odbytnicy w okolicy biodrowej na ramieniu doprowadzającem i na wyłuszczeniu — na tem samem posiedzeniu, lub w kilka dni później — odbytnicy przez międzykrocze lub cięciem koło kości krzyżowej. Quenu[15]) radzi przytem okolić cięciem otwór odbytnicy, podwiązać jej koniec grubym jedwabiem i przepalić błonę śluzową termokauterem, Giordano radzi zamknąć koniec odbytnicy rodzajem szwu kapciuchowego; wtedy odbytnica daje się wyłuszczyć wraz z jelitem esowatem jako ślepy, aseptyczny worek. Giordano, Chalot i Quenu podwiązują przedtem obie tętnice biodrowe wewnętrzne *(arteriae iliacae internae)* i tętnicę odbytnicową dolną *(art. haemorrhoidalis inferior)*, poczem operacya da się wykonać prawie bezkrwawo. Operacye takie wykonali już na żywych Gaudier, Chalot, Giordano, Quenu, Bouilly[16]) i Schwarz[17]) przeważnie z dobrymi wynikami.

Kümmel[18]) idzie o krok dalej, polecając przy wysoko na okrężnicę zstępującą przechodzących sprawach chorobowych odbytnicy, wyłuszczyć całą okrężnicę zstępującą wraz z odbytnicą, ponieważ jelito esowate i odbytnica mają słaby dopływ krwi i po rozległych resekcyach tych części jelita następuje zazwyczaj zgorzel części sąsiedniego jelita; po wyłuszczeniu w ten sposób okrężnicy zstępującej wraz z odbytnicą, radzi następnie okrężnicę poprzeczną ściągać na dół i wszywać w pierścień stolcowy, okręcając nową odbytnicę o 180°.

Nowe te pomysły i sposoby mogą — mojem zdaniem — mieć wielką przyszłość, ponieważ przy użyciu ich mogą zmniejszyć się *ad minimum* dwa największe niebezpieczeństwa, z któremi łączy się wyłuszczenie wysokich części odbytnicy, t. j. zakażenie gnilne i utrata znacznych ilości krwi, a przytem

[11]) *Société de chirurgie* $^{26}/_{3}$ 1896, *Semaine médicale* 1896, str. 133.
[12]) *Société de chirurgie* $^{16}/_{4}$ 1896, *Semaine médicale* 1896, str 162.
[13]) D. Giordano. »Recenti progressi nell'amputazione del retto canceroso« *Riv. Venet. di sc. med.* 30 *Aprile* 1896 S. 378.
i Davide Gordiano. »Contributo alle indicazioni della amputazione del retto per il ventre«. *La clinica chirurgica Anno* IV 1896.
[14]) *Sémaine méd.* 1896, Str. 455 i 463. *Sémaine méd.* 1897, Str. 239 i 389. *Sémaine méd.* 1898, Str. 290, 291 i 420.
[15]) *Sémaine méd.* 1896, Str. 455.
[16]) *Sémaine méd.* 1899. Str. 239.
[17]) *Sémaine méd.* 1898, Str. 290 i 291.
[18]) Kümmel (Hamburg): »Ueber Resection des Colon descendens und Einnähen des Colon transversum in den Analring«. *Bericht üb. d. Verh. der deut. Ges für Chirurgie. XXVIII Congress. April 1899. Beil. zum Centralblatt für Chirurgie*, 1899, Nr. 27, str. 123—125.

mogą one umożliwić wyłuszczenie zajętych sprawą chorobową gruczołów zaotrzewnowych. Polecenie podobnych operacyj ze strony takiej powagi, jak Quenu, przemawia już za ich użytecznością; tylko technikę tych operacyj należałoby udoskonalić i doświadczenie musi pouczyć, czy tak znaczne zabiegi ustrój ludzki dobrze znieść zdoła. Zabiegi te mogłyby wtedy — w odpowiednich przypadkach — współzawodniczyć z zabiegami, mającymi na celu wyłuszczenie odbytnicy od kości krzyżowej (Kraske, Rydygier).

Jednym z najważniejszych aktów wyłuszczania w ten sposób odbytnicy byłoby — zdaniem mojem — zabezpieczenie się przed możliwem zakażeniem otrzewnej zapomocą szczelnego zamknięcia dolnego odcinka jelita esowatego.

Przy próbach na zwłokach udawało mi się po przecięciu jelita esowatego na poprzek i po nacięciu krezki *(mesocolon)* głęboko wgłobić dolny odcinek tego jelita i zamknąć go szczelnie moim sposobem. Tak wgłobione i zamknięte jelito esowate wgłabiałem głębiej i zamykałem po dalszem wgłobieniu drugi raz szwem kapciuchowym. Po przecięciu blaszki otrzewnowej w jamie Douglasa udawało mi się wgłobiony dolny odcinek jelita esowatego pogłębić i zaszyć nad nim otrzewnę[20]). Po okrojeniu otworu stolcowego i podwiązaniu dolnego końca odbytnicy silnym jedwabiem, udawało mi się wyłuszczać odbytnicę na tępo, jako zamknięty worek przy zamkniętej jamie Douglasa (t. j. zaotrzewnowo), przyczem palce nie walały się kałem.

Korzyści mojego postępowania, wyżej opisanego, byłyby następujące: 1) jest ono bardzo proste i daje się wykonać prawie bez asystencyi; 2) wystarcza przy niem tylko jeden rząd szwu; 3) nie trzeba koniecznie podwiązywać naczyń krwionośnych w błonie śluzowej; 4) oszczędzenie czasu: zamknięcie daje się wykonać w niespełna minutę.

Sposób ten zamknięcia światła jelita nadaje się przedewszystkiem wobec małego światła jelita (u dzieci), ale możnaby go użyć i u dorosłych w następujących przypadkach:

1) do zamknięcia obwodowego końca jelita biodrowego, jeżeli kolostomię zamierzamy wykonać przez wszczepienie w okrężnicę wstępującą;

2) do ślepego zamknięcia resekowanych końców jelita, jeżeli zamierzamy wykonać następnie boczną enteroanastomozę sposobem Senna;

3) do zamknięcia resekowanego wyrostka robaczkowego;

4) przy całkowitem wykluczeniu jelita do zamknięcia na ślepo obu końców pętli, przeznaczonej do wykluczenia, jeżeli pętla ta komunikuje przetoką z powłokami brzusznemi (Eiselsberg);

5) do zamknięcia jelita esowatego lub okrężnicy zstępującej przy wyłuszczeniu wysoko usadowionego raka odbytnicy przez laparotomię i od strony międzykrocza lub kości krzyżowej. W tym wypadku należałoby dolny koniec jelita możliwie głęboko wgłabiać i zaszywać go dwoma rzędami szwu kapciuchowego;

6) wreszcie wykonując resekcyę jelita z przyczyny nowotworu, możnaby pętlę, mającą być resekowaną, tymczasowo wykluczyć, t. j. zaszyć ślepo na obu końcach w celu zabezpieczenia się przed możliwem zakażeniem i do zamknięcia na ślepo użyć tego sposobu.

[20]) Do zaszycia otworu w otrzewnej możnaby tu użyć wgłabiającego szwu kuśnierskiego (ausstülpende Tabaksbeutelnaht) F. de Quervaina (l. c.).

Nie mam wcale zamiaru odmawiać wartości sposobowi Doyena, owszem, uważam go za udoskonalenie sposobów, przez Senna i siebie podanych (wgłobienie i szew kuśnierski lub kapciuchowy); sposoby te mogą jednak sposób Doyena najzupełniej zastąpić.

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VI—VII. Dwa przypadki powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo?

VI. Dnia 16 listopada 1897 r. sprzedał Józef Bogusz, l. 28 liczący zarobnik, za zgodą swej żony Agaty, krowę. Ze sprzedaży tej uzyskał 36 fl., które niewystarczały na opłacenie długu, zaciągniętego na budowę własnej zagrody. Po dokonanej sprzedaży poczęła Agata narzekać, że nie będzie mieć mleka na wyżywienie swego dziecka. Wieczorem tegoż dnia pokładli się Boguszowie do snu na wspólnem łóżku między 7 a 8 wieczorem. W nocy zbudził się Józef z powodu płaczu dziecka i wówczas zauważył nieobecność swej żony. Wyszedł tedy przed dom i począł żonę wołać, gdy jednak nikt mu nie odpowiadał, wrócił zaniepokojony do izby, tu zaświecił lampę, a wówczas dostrzegł na ścianie brak zawieszonego tamże łańcucha, którym sprzedaną krowę do żłobu wiązano. Skoro przy świetle lampy dostrzegł jeszcze stojące na sąsieku buty Agaty, zdjął go lęk, gdyż zaraz powstało w jego umyśle przypuszczenie, iż żona się ze zmartwienia powiesiła. Nazajutrz udał się wcześnie z rana wraz z dzieckiem do teściów i zawiadomił ich o zniknięciu Agaty, oraz o swem przypuszczeniu co do niej. Ztąd udał się w towarzystwie teścia swego i szwagra na poszukiwanie za Agatą. Gdy jej w chacie nie znaleźli, wybrali się za wskazówką Józefa do pobliskiego lasu. Po trwającem kwadrans poszukiwaniu znalazł Józef zwłoki swej żony, wiszące na gałęzi młodego graba, położonego o 120 kroków od skraju lasu, a o 200 kroków od zagrody Boguszów. Gałąź, na której wisiały zwłoki, zwisała nad paryą, przerzniętą przez leśny potok. Odległość gałęzi tej od dna paryi wynosiła 3 metry. Zwłoki były zwrócone twarzą do paryi i były ubrane w krótką koszulę, zapiętą u szyi, w krótką, nieco poniżej kolan sięgającą, barchetową spodnicę, w kaftanik, w chustkę wełnianą na głowie, wreszcie bez obuwia, lecz w pończochach wytartych u palców, całkiem czystych na podeszwach. Na chustce spoczywał łańcuch, który okrążał pojedynczo przód szyi, od karku zaś wznosił się ku miejscu swego przytwierdzenia u gałęzi. Lewa kończyna górna denatki miała być zgiętą w stawie łokciowym i miała być uczepiona ręką o łańcuch, względnie o chustkę na szyi. W pobliżu zwłok nie spotkano żadnych podejrzanych śladów, ubranie denatki było w zupełnym porządku i nie zawierało, szczególnie podeszwy pończoch, igliwia, choć go należałoby się na odzieniu spodziewać, albowiem skraj lasu był gęstym haszczem szpilkowym podszyty. Noc krytyczna miała być ciemną, gdyż księżyc zeszedł dopiero nad ranem; była zarazem mroźna, gdyż z wieczora pruszył nawet śnieg. Po znalezieniu zwłok oddał Józef swym teściom pozostałą po żonie przyodziewę, oraz pieniądze, uzyskane ze sprzedaży krowy. Zwłoki Agaty wisiały przez trzy dni w lesie, albowiem nikt nie miał odwagi ich zdjąć; uczynił to dopiero okoliczny cygan w ten sposób, iż nadpiłował gałąź, poczem ta złamała się pod ciężarem zwłok i spadła wraz z niemi na dno paryi. Zrazu nie podejrzywano nikogo o zabicie Agaty, choć się zdumiewano nad tem, aby tak nabożna kobieta, jak Agata, mogła się była targnąć na swe życie. Potem jednak padło podejrzenie na Józefa, iż on wspólnie z swym naturalnym ojcem żonę swą zabił i zwłoki jej nad ranem na grabie powiesił. Poszlakami, świadczącemi za zbrodnią, miały być znaleziony przez Józefa na łóżku w 3 dniu po zajściu i okazany tegoż szwagrowi szkaplerz o rozerwanej wstążce, który Agata zawsze na sobie nosiła, oraz płachta, używana do zaścielania łóżka, którą Józef zaraz po zajściu usunął, która jednak, wedle zeznań żandarma, nie miała żadnych podejrzanych śladów na sobie.

Sekcya, wykonana 25 listopada 1897 przez Drów B. i P., wykazała:

Zewnętrznie: Zwłoki kobiety koło 30 lat liczącej, wzrostu średniego, nawet więcej niskiego, prawidłowo zbudowanej, miernie odżywionej. 1) Skóra na twarzy i górnej części tułowia, także i na grzbiecie i bokach tułowia — blada, zaś na dolnej części brzucha i nogach — ciemnoróżowa, na podudziach i stopach — ciemnoczerwona. 2) Włosy na głowie ciemno-blond, powieki rozwarte, tęczówki jasnoniebieskie, spojówki blade. Język poza zębami, które są zaciśnięte. Wargi bladosine. Na szyi ponad krtanią, a tuż pod szczęką dolną widać skośne, a równolegle do siebie biegnące bruzdy czyli zagłębienia w skórze, które razem tworzą linię okrężną koło szyi, wyginającą się poza kątami szczęki ku tyłowi i górze. Pasmo tych bruzd kończy się po stronie lewej pod uchem, po stronie prawej zaś, gdzie wogóle bruzdy są głębsze, ostatnia ku tyłowi bruzda znajduje się na 3 palce poza brzegiem małżowiny ucha, jest pionową i najgłębszą. Między temi bruzdami skóra podniesiona w fałdy żółtaworóżowej barwy, na przodzie szyi ciemnoróżowej a miejscami ciemnoczerwonej; tak na fałdach jak i w zagłębieniach skóra dość miękka, w najgłębszych tylko bruzdach i na szczycie fałdów pergaminowato zbita. Przecięcia skóry tak we fałdach jak i bruzdach nie wykazują podbiegnięć, tylko siatkowate nastrzykanie naczyń w powierzchownych warstwach skóry. 3) Z tyłu na karku, w połowie tegoż pozioma smuga ciemnoczerwona 8 ctm. długa po lewej stronie $2^1/_2$ ctm. szeroka, po prawej stronie się zwężająca bez zagłębienia i bez wynaczynionek podskórnych; w jednem tylko miejscu na środku smugi maleńka wynaczynionka wielkości małego ziarnka grochu tuż pod przyskórkiem, barwy ciemnoczerwonej. 4) Na prawem przedramieniu na jego stronie przedniej, na pięć palców od stawu ręki zdarcie przyskórka linijne, powierzchowne, 2 ctm. długie, świeże; na lewem przedramieniu powyżej nadgarstka 2 starcia przyskórka, bardzo drobne, powierzchowne, świeże, okrągłe. 5) Po przecięciu skóry na ciemniej zabarwionych kończynach dolnych nie widać żadnych podbiegnięć; w ogóle zresztą nie spostrzega się nic uwagi godnego.

Wewnętrznie: 6) Kości sklepienia czaszki miernie grube, w zatokach ciemna płynna krew w dość znacznej ilości, naczynia żylne na powierzchni półkul sine, krwią przepełnione, także nastrzykanie siatkowate drobnych naczyń bardzo wyraźne tak, iż barwa powierzchni mózgu ciemnoczerwona; na przekroju istoty korowej liczne punkciki krwawe, zalewające się, w komórkach mała ilość cieczy; opona twarda blado-niebieskawa. 7) Płuca zapadnięte, wolne, na powierzchni ciemnoczerwone, gładkie, bez wynaczynionek, elastyczne i powietrzne, na przekroju w tylnych częściach wydzielające więcej cieczy krwawej, z bańkami pomięszanej. 8) Na podstawie nagłośni przekrwienie błony śluzowej ciemnoczerwone w kształcie poziomej smugi, zresztą, oprócz śluzu nieco krwawego, na ścianach tchawicy, ani w połyku nie dostrzega się żadnych zmian. Na tylnej powierzchni gruczołu tarczykowego, w ogóle w obu płatach przerosłego, dostrzega się dwie małe wielkości ziarnka fasoli krwawe wybroczynki. 9) Mięsień sercowy miernie tłuszczem obrosły, jędrny, ciemnobrunatny, w stanie skurczu, w komórkach krew ciemna, płynna, również w wielkich naczyniach. Zastawki bez zmian. 10) Śledziona rozmiarów prawidłowych, miąższ jej dość miękki, ciemnowiśniowy. Wątroba niepowiększona, brunatno-czerwona,

miernie krwią wypełniona. 12) Nerki o torebce łatwo ściągalnej, rozmiarów prawidłowych, na powierzchni i na przekroju ciemnoczerwone, rysunek wyraźny. 13) Żołądek zawiera sporą ilość miazgi złożonej z kapusty i ziemniaków; błona śluzowa, zwłaszcza na dnie we fałdach, przekrwiona, okazuje w licznych miejscach siatkowate rozgałęzienia naczyń, wśród których kilka drobnych wynaczynionek. 14) Powierzchnia ścian wszystkich jelit brudno-czerwona, błona ich śluzowa bez zmian. 15) Pęcherz moczowy próżny, macica nie powiększona, próżna.

Orzeczenie wydali znawcy dnia 29 list. 1897 r. po poprzedniem przeglądnięciu zeznań świadków i dokonaniu oględzin miejsca.

Orzeczenie opiewa:

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne denatki wykazują takie zmiany, jakie się zazwyczaj spotyka albo na zwłokach osób, powieszonych po śmierci, lub wskutek powieszenia zmarłych. Ten wzgląd, oraz brak znamion, wskazujących na inną przyczynę śmierci, przemawiają z największem prawdopodobieństwem za tem, że powieszenie stało się w tym przypadku bezpośrednią przyczyną śmierci. Niewątpliwem zaś wydaje się nam, iż powieszenie to nie zostało dokonane obcą ręką, o ileby uskutecznionem było za życia w stanie przytomnym lub jakiejkolwiek odporności denatki, gdyż nawet powieszenie ciała bezwładnego na drzewie w takiej wysokości i w miejscu tak stromem, byłoby niezmiernie trudnem, żywego zaś i odpornego człowieka niemożebnem. Powieszenie uskutecznionem zostało zapomocą łańcucha, jak świadczy bruzda na szyi. Gdy więc zachodzi brak zmian odpowiadających śmierci z innych przyczyn wynikłej, obcą ręką zadanej, lub zmian, świadczących wogóle o gwałcie zewnętrznym (n. p. zagardleniu), to przypuścić musimy (jakkolwiek z całą pewnością orzec o tem nie jesteśmy w stanie i wykluczyć uduszenia n. p. miękim przedmiotem nie możemy) z największem prawdopodobieństwem, iż powieszenie dokonanem zostało własną ręką denatki, chociaż pobudki tego samobójstwa pozostają dla nas zagadkowe.

Ważność przypadku skłoniła c. k. sąd powiatowy w G. do zwrócenia się do Wydziału o stanowcze orzeczenie.

Orzeczenie Wydziału:

1) Najbliższą przyczyną śmierci Agaty Bogusz stało się uduszenie, za którem przemawiają: obecność w ustroju zwłok krwi ciemnej, płynnej, stwierdzającej nagłość zejścia śmiertelnego, przekrwienie narządów wewnętrznych, jak mózgu i płuc, oraz brak zmian, któreby zdolne były wytłómaczyć w inny sposób nagłą śmierć osoby zupełnie zdrowej do ostatnich chwil swego życia.

2) Uduszenie to było ze wszech miar najprawdopodobniej wywołane przez ucisk łańcucha, na którym zwisać miały zwłoki Agaty.

3) Wydział lekarski nie może rozstrzygnąć z bezwzględną stanowczością i pewnością, czy w danym przypadku zachodzi morderstwo lub samobójstwo, atoli opierając się na wyniku oględzin i sekcyi zaznacza, iż ze stanowiska lekarskiego nic się nie sprzeciwia przekonaniu, że Agata B. zmarła śmiercią samobójczą, albowiem przemawiają za niem:

a) doświadczenie, pouczające, iż powieszenie osoby dorosłej, fizycznie i umysłowo zdrowej w ogóle nader wyjątkowe, możliwe jest tylko przy udziale kilku sprawców, względnie sprawcy, którego zasób sił przewyższa o wiele siły osoby powieszonej;

b) brak jakichkolwiek obrażeń na ciele denatki, któreby dozwoliły przyjąć, iż denatkę w inny sposób zaduszono, a potem dla upozorowania samobójczej śmierci powieszono;

c) brak obrażeń na innych częściach ciała, głównie na rękach denatki, jako dowodów walki, stoczonej z napastnikiem w obronie zagrożonego życia; obrażenia bowiem opisane jako dwa świeże otarcia naskórka na obu przedramionach zwłok nie dają przez swą małą ilość, swe umiejscowienie a głównie brak reakcyi, dowodzącej powstania ich za życia, najmniejszej podstawy do dopatrywania się w nich śladów walki; obrażenia te mogły powstać przy przedzieraniu się denatki przez gęstwę lasu do miejsca powieszenia;

d) brak widocznych obrażeń na ciele obwinionego, jako dowodów obrony ze strony denatki, aczkolwiek brak takich obrażeń stwierdzony był zeznaniem świadków a nie oględzinami lekarskiemi, których wcale nie podjęto.

4) W końcu zaznacza się, że zagadkowość pobudki, która mogła skłonić Agatę do samobójstwa, bynajmniej nie zmniejsza, a tem mniej wyklucza prawdopodobieństwo przekonania, iż Agata Bogusz zmarła śmiercią nagłą z uduszenia, dokonanego w zamiarze samobójczym przez powieszenie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

(Ciąg dalszy).

Wśród jakich warunków najczęściej powstają krwotoki atoniczne już po porodzie łożyska, to odpowiedź jasna: tam, gdzie mięsień macicy jest nadmiernie zwiotczały czy to wskutek częstych ciąż, czy też wskutek nadmiernego rozdęcia, lub miejscowego schorzenia. Na dowód niech posłuży zestawienie kliniczne III.

Tablica III.

R o k 1893/4.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
32	33	I	Obrót, wydob. płodu	hydramnios
75	27	III		
148	25	II		
157	30	II		
165	25	II	Sprow. nóżki, wydobycie płodu	
175	21	II		
181	30	II		
269	16	I	kleszcze wysokie	drgawki porodowe
R o k 1894/5.				
50	24	I		
51	21	I		
101	39	X		łożysko przodujące
122	35	II		
133	27	I	pomoc ręczna	
178	23	I		
179	25	II		
190	27	II		
200	57	IX	kleszcze nizkie	łożysko przodujące
263	57	XI		
291	32	III	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
326	38	VI	sprowadzenie nożki, pomoc ręczna	
329	20	I		
349	25	II		

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
Rok 1895/6.				
11	23	I		
17	26	I		drgawki porodowe
18	30	VII		
19	30	VII	wymóżdżenie	
40	17	I		
70	30	II		
100	23	I		
111	17	I		
118	40	V		
124	24		rozkawałk. płodu	
134	34	X	obrót	
138	28	I	kleszcze nizkie	bliźnięta
150	18	I		
306	18	I	kleszcze nizkie	
324	21	I		
Rok 1896/7.				
5	19	I		
38	30	II		
65	23	I	wymóżdżenie	
126	49	XVIII	obrót	łożysko przodujące
128	24	IV	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	łożysko przodujące
144	29	II	obrót	
154	26	I	symfiseotomia, kleszcze nizkie	
159	33	III		
163	22	I		
166	29	III	wymóżdżenie	
191	23	I		
253	24	II		
287	34	III	kleszcze nizkie	
Rok 1897/8.				
95	36	III		drgawki porodowe
106	23	I		
145	30	V	kleszcze wysokie	
158	32	IX		
190	27	II		
218	22	I	kleszcze nizkie	
257	24	II		
Rok 1898/9.				
4	36	I	cięcie cesarskie	
24	16	I		
80	20	I		
102	47	XII		
117	21	II	pomoc ręczna	bliźnięta, hydramnios
154	35	VI	obrót	
155	26	II	pomoc ręczna	bliźnięta
159	21	I	wygniecenie	
190	21	I		
202	25	II		
223	30	I		bliźnięta
Rok 1899.				
44	33	II		bliźnięta
40	23	II		

Z tego zestawienia wynika, że częściej krwawienia tego rodzaju występują przy ciążach wielokrotnych, a co za tem idzie w późniejszym wieku, często po ciążach bliźniaczych przy nadmiarze potoku (*hydramnios*) i łożysku przodującem.

Liczba krwotoków atonicznych tak po porodzie, jak i krwotoków przed odejściem łożyska, jest w klinice krakowskiej stosunkowo małą, a to dzięki jak najbardziej wyczekującemu postępowaniu w trzecim okresie porodu.

W klinice krakowskiej przyjęto za zasadę jak najspokojniejsze i jak najbardziej wyczekujące prowadzenie okresu trzeciego. Prowadzenie to zależy jednakże od osób, które tego trzeciego okresu pilnować mają, od zasobu ich dobrej woli i cierpliwości. Im więcej te osoby będą wyczerpane i spragnione snu, tem łatwiej zapomnieć mogą o przepisanej zasadzie, tem łatwiej tracą cierpliwość i zaczynają mięsić macicę, co często sprowadza właśnie częściowe odklejanie się łożyska z następowym krwotokiem. Aby to twierdzenie jasno udowodnić, przedstawię na tablicy IV zestawienie, jaka ilość porodów w pewnych porach doby wogóle się odbyła i w jakim stosunku do tej liczby porodów stały krwotoki atoniczne w ogóle. Dobę dzielę w tem zestawieniu na 4 okresy sześciogodzinne, poczynając od godziny 12 w południe.

Tablica IV.

Rok	od 12 w poł. do 6 wiecz.			od 6 wieczór do 12 w nocy			od 12 w nocy do 6 rano			od 6 rano do 12 poł.		
	Ilość porod.	Ilość krwot aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%	Ilość porod.	Ilość krwot. aton.	%
1893/4	65	4		60	2		54	6		62	3	
1894/5	66	5		61	3		68	7		72	6	
1895/6	51	7		62	6		61	8		64	11	
1896/7	75	7		62	5		41	8		45	8	
1897/8	44	4		44	6		37	3		45	2	
1898/9	51	6		52	5		43	2		45	6	
1899	17	1		10	1		9			14		
Razem	369	34	9·2%	3 51	28	7·9%	313	34	10 8%	347	36	10 3%

Zestawienie powyższe jest o tyle niedokładne, że w każdym roku przy kilku, a nawet kilkunastu porodach przepomniano w protokółach porodów zanotować pory dnia, co spowodowało, że nie mogłem zużyć do zestawienia całej liczby porodów.

Liczba krwawień atonicznych wynosi 133, co daje 8·3% na ogólną liczbę porodów, a 54·3% na ogólną liczbę krwawień.

W zestawieniu, umieszczonem w tablicy IV uderza to, że największa liczba porodów odbyła się między 12 w południe, a 6 wieczorem, co jest dosyć dziwnem; największa zaś liczba krwawień atonicznych przypadła na okres między 12 w nocy, a 6 rano, przy stosunkowo najmniejszej liczbie porodów. Udawadnia to jasno moje twierdzenie, że brak cierpliwości u osób, pielęgnujących w trzecim okresie, wpływa bardzo na liczbę krwotoków atonicznych. W godzinach najprzykrzejszych dla czuwania popełniono zapewne nieraz i w klinice błąd w prowadzeniu okresu trzeciego z braku cierpliwości.

O ile dwa opisane rodzaje krwotoków nie zależą ostatecznie od przebiegu okresu drugiego porodu, to dalsze rodzaje krwotoków, o których obecnie zamierzam mówić, będą zależeć jedynie i wyłącznie od przebiegu okresu drugiego. Częstość ich będzie szła w parze z ilością dokonywanych zabiegów operacyjnych, gdyż wykonane nawet najwprawniejszą ręką nie mogą przecież dorównać łagodności przebiegu porodu fizyologicznego dla dróg porodowych miękich.

Najważniejszem, a zarazem najgroźniejszem, a także w swych następstwach najpoważniejszem będzie z pewnością krwawienie z szyjki naddartej. Obrażenia te, jak już wspominałem, aż do ostatnich czasów nie są odpowiednio uwzględniane przez ogół lekarzy, a to wprost tylko może dlatego, że lekarze nie nawykli swych myśli kierować ku temu źródłu krwotoku. Szyjka pęka nieznacznie już przy każdym prawidłowym porodzie; że pęka znacznie więcej przy nakładaniu kleszczy na główkę, objętą ścianami szyjki, że szyjka pękać musi znacznie przy obrotach i wydobyciach płodu, to już jasno wskazuje na to rozumowanie teoretyczne, a potwierdza to bardzo dosadnie doświadczenie praktyczne, którego wzorem niechaj będzie następujące zestawienie. (Tablica V.)

Tablica V.

L. prot klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
			R o k 1893/4.	
89	23	II	obrót	
199	27	I	kephalotrypsia	
203	27	II	kleszcze wysokie	
314	40	I	pomoc ręczna	bliźnięta
			R o k 1894/5.	
33	28	II	obrót	
45	19	I	obrót	eclampsia
75	36	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
258	36	V	obrót, wydobycie płodu	
			R o k 1895/6.	
62	40	V	wymóżdżenie	
124	24		rozkawałkowanie	
134	34	X	obrót	
143	44	XI	obrót, wydobycie płodu	
211	38	I	wymóżdżenie	
287	30	I	kleszcze wysokie	
			R o k 1896/7.	
65	23	I	wymóżdżenie	
128	24	IV	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	
130	32	II	wymóżdżenie	
199	24	I	kleszcze nizkie	
235	40	IX	rozkawałkowanie	
269	23	I	wymóżdżenie	
285	29	I		
			R o k 1897/8.	
21	24	II	obrót, wydobycie płodu	
122	22	I		
235	39	VII	kleszcze wysokie	
			R o k 1898/9.	
10	28	II	kleszcze wysokie	
37	34	IX	obrót	
95	26	V	obrót	
111	30	VII	wydobycie płodu	
123	29	IV	obrót	
160	22	I	wymóżdżenie	
179	29	VII	wymóżdżenie	
192	26	II	obezgłowienie	
194	29	I	kleszcze nizkie	
195	31	VII	pomoc ręczna	
199	40	VII	wymóżdżenie	
202	23	II		
226	41	IX	wymóżdżenie	
239	25	III	obrót	
246	35	III	obrót	
251	31	II	kleszcze wysokie	
255	31	IV	obrót	
261	21	I	kleszcze wysokie, wymóżdżenie	macica dwudzielna
			R o k 1899.	
46	32	IV	pomoc ręczna	
63	33	V	rozkawałkowanie	
68	33	VII		
71	20	I		

Zestawienie to udowadnia wymownie, w jak ścisłym związku stoją obrażenia szyjki do zabiegów operacyjnych i to do tego stopnia, że w ciągu sześciu lat prawie nie notowano pęknięcia szyjki w przypadkach porodów, przebiegających bez żadnej pomocy operacyjnej. Najwięcej obrażeń szyjki wykazują obroty i wydobycia płodu, bo aż 16; za nimi idą wymóżdżenia, 11 razy (przyczyną tego jest ta okoliczność, że wymóżdżenia częstokroć trzeba dokonywać przy ujściu nawet bardzo mało rozwartem); dalej kleszcze wysokie — 8, rozkawałkowanie płodu — 4; na wszystkie pęknięcia szyjki porodów nieoperacyjnych było 6.

Każdy, kto rzuci okiem na przedstawioną tablicę, będzie zapewne zdziwiony niestosunkiem obrażeń szyjki w roku ostatnim w porównaniu do lat poprzednich. Czyż miałoby być to winą operujących? czyż zabiegi w roku ostatnim wykonywano częściej, nie oglądając się na najlepsze warunki operacyjne? Na to mogę odpowiedzieć z całą stanowczością, że nie; a niestosunek ten jedynie tłómaczy ta okoliczność, że w roku ostatnim więcej zwracano uwagi na obrażenia szyjki. Tak w roku ostatnim, jak i z pewnością w latach ubiegłych, pęknięcia szyjki często łączyły się u tej samej osoby z krwotokami atonicznymi; a skoro dawniej całe krwawienie odnoszono do tego niedowładu jedynie, to przy sposobie postępowania przy krwotokach w roku ostatnim więcej odnaleziono obrażeń szyjki.

Kiedy dawniej, zapewne tylko w razie znacznego krwawienia i to o charakterze wybitnie krwotoku tętniczego, oglądano we wzierniku, jak się szyjka zachowuje, to w roku ostatnim zwracano uwagę na jej możliwe obrażenia zawsze tam, gdzie były warunki po temu, by naddarcie szyjki mogło powstać. Czy postępowanie obrane w ostatnim roku było racyonalne, postaram się to odpowiednio uzasadnić.

Niedostrzeżone pęknięcia szyjki mogą znacznie wikłać przebieg połogu, a jak trudnem potem bywa rozpoznanie następowego schorzenia, sądzę, że najlepiej uzmysłowi następujący przypadek:

A. B. wieloródka, l. 39 licząca, l. p. k. 235 z roku 1898; poród jej, jakoteż połóg spostrzegałem w klinice. Wspomnianą rodzącą przywieziono do kliniki z tego powodu, że poród w II okresie znacznie się przeciągał i już wystąpiły objawy omdlenia płodu. Powodem przeciągania się porodu był silny rozwój płodu, niepodatność i znaczne rozmiary

główki. Ponieważ główka już znacznym odcinkiem była do wchodu wklinowaną, dla ratowania życia płodu założono kleszcze wysokie Breussa, któremi po kilku pociągnięciach płód urodzono. Po porodzie nie było krwawienia znaczniejszego, dlatego zupełnie nie oglądano dróg porodowych, a więc i zachowania się szyjki. Już w kilka godzin wystąpiło znaczne wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów, a na drugi dzień dołączyły się do tego wymioty. W trzecim dniu połogu, prócz znacznego wzdęcia brzucha, stwierdzono znaczniejszą oporność w podbrzuszu po stronie prawej, wypuk nad tą okolicą przytłumiony i znaczniejszą bolesność, ograniczoną do tego miejsca, prócz tego chora skarżyła się na znaczne bóle w tej okolicy. Wiatry i stolec odeszły dopiero po lawatywie w czwartym dniu. Wobec ciągłej gorączki i zwiększania się oporności w podbrzuszu po stronie prawej, która w siódmym dniu dochodziła aż do podżebrza prawego, podejrzywano zapalenie kiszki ślepej. Tymczasem w ósmym dniu zwiększyły się nagle odchody i stały się brudnokrwawe. Badanie w dziewiątym dniu wykazało, że istnieje pęknięcie szyjki wysokie po stronie prawej i od przodu, w prawem sklepieniu znaleziono otwór, który prowadził pomiędzy blaszki więzu szerokiego prawego, a przez otwór ten wydobywała się stara zmieniona krew, wynaczyniona. Od tego czasu z każdym dniem krwiak się zmniejszał i chora w kilka tygodni opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Topografia narządów rodnych wskutek tego powikłania tak znacznie była zmienioną, że dokładnie granice trzonu macicy dały się dopiero w 19 dniu połogu określić. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Herhold: **Spostrzeżenie, dotyczące ściśle ograniczonego raka żołądka.** (*Deutsche med. Wochens.* 1900. Nr. 7). Z raków żołądka stosunkowo najlepsze rokowanie operacyjne dają zdaniem Schuchardta te postacie, w których guzy nawet znacznej wielkości, wychodzące jedynie z błony śluzowej i osadzone na niej szeroko lub też uszypułowane, sterczą jako twory kuliste lub wyrośle kalafiorowate ku wnętrzu żołądka. Postacie te nie są zbyt częste. Przypadek tego rodzaju spostrzegał H. Podczas operacyi stwierdzono w żołądku guz nowotworowy wielkości pięści dorosłego mężczyzny, osadzony na przedniej ścianie. Guz wraz z przyległą częścią ściany usunięto, ranę w żołądku zaszyto dwupiętrowym szwem. Chory wyzdrowiał. Badanie drobnowidowe wykazało: *carcinoma alveolare.* Nowotwór wychodził tylko z błony śluzowej; inne warstwy ściany żołądka nie były zajęte. *Urbanik.*

Br. Aleksander. **Sposób leczenia gruźlicy zapomocą wstrzykiwań** *Ol. camphor. officin. Pharm. germ.* (*Münch. med. Wochenschft.*. N. 9. 1900). Na posiedzeniu towarzystwa przyrodników w Monachium przypomniał znów A. w r. 1889 przez siebie zalecony sposób leczenia gruźlicy płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań kamfory. Sposobem tym miał A. uzyskać wyniki bardzo dobre. Chorzy przybierać mają na wadze, kaszel i poty ustępują, apetyt się poprawia, a nawet owrzodzenia gruźlicze krtani leczą się podobno doskonale. Od 10 lat, przez które A. leczenia tego używa, „coraz to więcej musi podziwiać niezmierny wpływ cudownego tego środka". (Wobec tego zaznaczyć tylko wypada, że dotąd zapału autora nikt nie podziela. Wynik podjętych przezemnie w klinice lekarskiej w tym kierunku doświadczeń podam wkrótce w „Przeglądzie". *Przyp. spr*).
Dr. St. B. Kwiatkowski.

J. Eversmann. **Przypadek samouszkadzania się na tle histerycznem.** (*München. med. Wochenschft.* N. 9. 1900). Z częstych przypadków samouszkodzeń w histeryi, ogłasza E. ciekawszy, bo na razie trudniejszy do rozpoznania — parzenia się zapomocą przylepca pryszczawkowego. Zewnętrzne wejrzenie pęcherzy i usadowienie ich przypominały bardzo pęcherzycę. *Dr. St. B. K.*

A. Winternitz. **Badania bakteryologiczne nad zakażeniem szczotek i ich wyjaławianiem.** (*Berliner klin. Wochenschft.* N. 9, 1900). Na podstawie badań doświadczalnych, wykonanych z polecenia Doederleina, dochodzi autor do wniosku, że przez gotowanie szczotki w 1% roztworze sody przez 10 min. można ją dokładnie odkazić. Wyjątkowo tylko postępowanie takie może zawodzić, a mianowicie w przypadkach, w których na szczotkach znajdują się drobnoustroje lub ich zarodniki, odporne na działanie tego sposobu odkażania. Przypadków podobnych można w warunkach zwyczajnych nie brać w rachubę. Szczotki wygotowane, przechowywane w 1‰ sublimacie, pozostają nadal jałowemi.
Urbanik.

Prof. Levy i Dr. Bruns. **Przyczynek do sprawy wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc.** (*Deut. med. Wochens.* 1900, Nr. 9). Nawiązując do wywodów Briegera i Neufelda (*D. m. Wochens.* 1900, Nr. 6 — wyc. w *Przeglądzie lek.* 1900, Nr. 9, str. 119), starają się autorowie wywody te poniekąd uzupełnić i zalecają nadto próbne szczepienie zwierząt plwociną, badaną co do gruźlicy. Jak B. i N., uważają oni próbę tuberkulinową, umiejętnie przeprowadzoną, za nieszkodliwą, sądzą jednak, że może ona wprowadzać w błąd, gdyż odczyn, występujący przy ognisku starem, otorbionem, przyjętym być może błędnie za odnoszący się do zakażenia świeżego. Próba ta posiada i tę jeszcze wadę, że zatrzymuje badanych kilka dni, dopóki odczyn nie minie, w domu, co wielu ma odstraszać. Autorowie podnoszą, że przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc nie wystarcza nieznalezienie w plwocinie prątków Kocha, zwłaszcza przy jednorazowem badaniu drobnowidowem i że badanie to należy w razie potrzeby powtarzać, w niezbyt jednak długich odstępach czasu. Kładą przytem nacisk na to, żeby badać całą dobową ilość plwociny, gdyż niejednokrotnie w początkowych okresach prątki znajdują się w plwocinie nie we wszystkich porach dnia, co nie podlega przytem żadnemu stałemu prawidłu. Gdy badanie drobnowidowe plwociny, wydzielonej w przeciągu 24 godzin, prątków gruźliczych nie wykrywa, przepłókują autorowie podejrzane jej cząstki w wyjałowionym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i szczepią je śródotrzewnowo śwince morskiej w ilości 0·5—1·5 cm.³ Następnie śledzą zachowanie się świnki, a po 4—6—10 tygodniach, jeżeli sama nie padnie, zabijają ją i szukają zmian gruźliczych*). Ponieważ jednak zaszczepiona w ten sposób świnka może wkrótce, bo już po 24—72 godzinach, paść wskutek zakażenia znajdującymi się w plwocinie dwoinkami Fraenkel-Weichselbauma lub, rzadziej, paciorkowcem ropnym, należy przedtem zniszczyć te bakterye przez ogrzewanie plwociny przez 10 minut w ciepłocie 60° C. Nie zaniedbują jednak autorowie szczepienia świnek i nieogrzewaną w ten sposób plwociną, a to w celu przekonania się, o ile znajdujące się w niej dwoinki Fraenkel-Weichselbauma są jadowite, względnie o ile mogą powodować zakażenie mięszane. A są one tem jadowitsze, im cięższy jest przypadek, z którego pochodzą. Chcąc w tym kierunku zbadać znajdujące się w plwocinie paciorkowce, przeprowadzić należy szczepienie na króliku, gdyż świnka morska jest zamało wrażliwą. O istnieniu zaś zakażenia grypowego przekonać się trzeba przez hodowle sztuczne. Próbne szczepienie zwierząt plwociną przy rozpoznawaniu początków gruźlicy płuc tem bardziej zasługuje na polecenie, że, jak wykazały doświadczenia autorów z szczepieniem świnkom rozcieńczonej hodowli prątków Kocha, zakażenie występuje tu i wtedy, gdy materyał szczepiony zawiera bardzo nieliczne prątki, tak, że badanie drobnowidowe może ich w nim nie wykazywać. W doświadczeniach tych n. p. śródotrzewnowe zaszczepienie śwince 1/100000 mgr. świeżej hodowli prątków Kocha jeszcze zdołało wywołać gruźlicę narządów brzusznych. A że bardzo często plwocina w początkowych okresach gruźlicy płuc zawiera bardzo mało prątków Kocha, nie ulega, zdaje się, wątpliwości. Ale i ten sposób badania może dać wynik ujemny mimo istnienia sprawy gruźliczej w płucach, gdyż prątków w plwocinie może zupełnie brakować. W każdym jednak razie sposób ten należy uważać za znacznie pewniejszy od badania drobnowidowego. Zarzuciłby mu tylko można, że daje wynik dość późno, wobec jednak najczęściej przewlekłego przebiegu gruźlicy nie ma to wielkiego znaczenia.
Dr. S. K. Miszewski.

Simmonds. **O gruźlicy żołądka.** (*Münchener med. Wochs.* N. 10. 1900). W r. z. utrzymywał Petruschky na zjeździe internistów niemieckich, jakoby zapomocą tuberkuliny zdołał rozpoznać gruźliczą przyrodę uporczywych wrzodów żołądka w 2 przypadkach (i wyleczyć je również tuberkuliną!), a zarazem wyraził przypuszczenie, że w przyszłości niejeden uporczywy wrzód żołądka okaże się, dzięki tuberkulinie, gruźliczym. S. stwierdza, że wrzody gruźlicze pierwotne żołądka nie są wcale znane, a nawet wtórne należą do wielkich rzadkości (4‰ wszystkich sekcyi). Jestto skutkiem wielkiej odporności błony śluzowej żołądka wobec prątków gruźliczych, polegającej, jak się zdaje, na obecności w żołądku HCl. W jednym przypadku

*) W pracowni prof. Bujwida postępowanie to uzupełniamy przed zaszczepieniem świnki próbą tuberkulinową, celem stwierdzenia, czy nie jest zakażona gruźlicą; wówczas bowiem nie nadawałaby się do szczepienia. Dalej wykonuje się próbę tuberkulinową i na śwince już zaszczepionej, mianowicie przed jej zabiciem, czyli mniej więcej po miesiącu od zaszczepienia, a to znowu celem przekonania się, czy gruźlica wskutek szczepienia już się ew. rozwinęła. Podskórne zastrzyknięcie śwince gruźliczej 0·01—0·03 tuberkuliny sprowadza odczyn już po kilku godzinach, ciepłota podnosi się o 1—1½° C. Nadto znalezione przy sekcyi zmiany, mające wygląd zmian gruźliczych, poddajemy badaniu bakteryologicznemu, celem stwierdzenia, czy nie są one spowodowane przez którykolwiek z prątków gruźlicy wrzekomej (Bujwid i Kostanecki. *Przegląd lek.* 1898, Nr. 43 i 44). *Przyp. spr.*

znalazł S. wrzody gruźlicze w żołądku obok raka, którego obecność właśnie przez zaburzenia w wydzielaniu żołądkowem mogła usposobić błonę śluzową do zakażenia gruźliczego. Zresztą znajduje się wrzody gruźlicze żołądka wyłącznie u osobników z daleko posuniętą gruźlicą płuc i przewodu pokarmowego, przy czem zazwyczaj, wbrew twierdzeniu Petruschkyego, brak jakichkolwiek objawów ze strony samego żołądka. Co więcej stwierdzić można, że u suchotników zdarza się stosunkowo daleko częściej wrzód okrągły zwyczajny, niż wrzody gruźlicze; stąd też i pojawienie się groźniejszych objawów żołądkowych u suchotników powinnoby naprowadzać na myśl przedewszystkiem zwykły wrzód okrągły. W przeciwieństwie do wrzodów, jest gruźlica prosówkowa ściany żołądka (we wszystkich jej warstwach) w przypadkach gruźlicy prosówkowej ogólnej zjawiskiem częstem, jednakże bez znaczenia klinicznego, a i na zwłokach dającem się wykryć tylko drobnowidowo. *Ciechanowski.*

Dr. Rismann. **Leczenie i zapobieganie zboczeniu ku tyłowi macicy w połogu.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 10, 1900). Autor przed dwoma laty zastosował krążek u kobiety, od lat cierpiącej na tyłozgięcie macicy, w 5 dniu połogu z bardzo dobrym wynikiem. Podobny zupełnie skutek osiągnął w dalszych sześciu przypadkach, gdzie również bardzo wcześnie w połogu krążkami leczył tyłozgięcie. Aby wogóle zapobiegać następowym tyłozgięciom w połogu radzi autor wcześnie układać położnicę na bok, badać każdą położnicę, skoro opuszcza łóżko, po poronieniach nawet wcześniej, i wszystkim położnicom, które już przed porodem cierpiały z powodu tyłozgięcia, poleca w 5 dniu zakładać krążek. — Położnice wszystkie powinny być, zdaniem autora, badane, badanie to powinny umieć przeprowadzić położne. Autor sądzi, że to właśnie byłoby zbawienniejszą rzeczą, aniżeli uczenie położnych robienia obrotów i wydobywania łożyska. *St. D.*

R. Kossmann. **Kazuistyczne rozmaitości z dziedziny położnictwa i ginekologii.** (*Münch. med. Woch.* 1900, 10, 11). I. Autor opisuje przypadek zastąpienia i porodu u kobiety, u której dokonano przedtem obustronnego wytrzebienia drogą pochwy. Wytrzebienie w danym przypadku musiało być niezupełnem. II. Autor spostrzegał przypadek, w którym przy położeniu płodu podłużnem czaszkowem przez całą dobę odchodziła smółka obficie, mimo że nie było żadnych objawów omdlewania płodu. Sądzi więc autor, że odchodzenie smółki nie tylko może być objawem zatrucia CO_2, ale że może być również objawem mechanicznego ucisku po pęknięciu pęcherza przy położeniach czaszkowych, jest to bywa z reguły przy położeniach miednicowych. III. *Elytrocleisis* przy przetoce moczowodowo-pochwowej. Jako pozostałość po bardzo ciężkiem wyjęciu macicy drogą pochwowo-brzuszną otrzymał autor przetokę pęcherzowo — moczowodową. Przetokę tę leczył w ten sposób, że wytworzył najpierw przetokę pęcherzowo-pochwową, a następnie zaszył pochwę. Po dwukrotnym zabiegu i kilkakrotnych poprawkach otrzymał zupełne wyleczenie. Autor zwraca uwagę, że tą drogą w przeciwieństwie do zdania Fritscha, można dojść do celu i osiągnąć dobry wynik bez narażenia chorej na niebezpieczne innego rodzaju zabiegi. IV) Szybki wzrost torbiela gruczolakowego jajnika. Autor operował przypadek dużego torbiela gruczolakowego, który swoim szybkim wzrostem przypominał ciążę. W 3 miesiące operował tę samą chorą i znalazł znowu znaczny guz jednokomorowy, wytwór t. zw. *Pseudomyxoma* otrzewnej. W miesiąc po drugiej operacyi chora dostała objawów niedrożności jelita, przy laparotomii znaleziono znowu guz o pojemności 6—8 litrów. Tej operacyi ostatniej chora uległa. Autor sądzi, że t. zw. *pseudomyxoma* otrzewnej nie jest wcale wytworem otrzewnej, tylko wytworem resztek ścian torbiela, pozostałych po operacyi wśród zrostów z otrzewną. *St. D.*

Dr. Oppenheim. **Encephalitis acuta non purulenta.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1900. 10). Na posiedzeniu Towarzystwa berlińskiego psychiatrów i neuropatologów przedstawił O. przypadek ostrego zapalenia surowiczego mózgowia, jako następstwo przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego. Choroba zaczęła się nagle wysoką gorączką (40·6°), zwolnieniem tętna (54), wymiotami, kurczami drgawkowymi, utratą przytomności i porażeniem jednostronnem prawego nerwu twarzowego i barkowego. Gdy po dwóch dniach chory odzyskał przytomność, stwierdzono utratę mowy. Ciepłota, która w 3-im dniu choroby zaczęła nieco opadać, w 7-ym podniosła się powtórnie, tętno zwolniało i pojawiły się wymioty; czucie ogólne stało się znów zajęte, mocz chory oddawał bezwiednie. Stan taki utrzymywał się przez 5 dni, szóstego dnia po kąpieli gorącej (29°—32°, przez 10 minut), z następowem zawinięciem w koce i workiem lodowym na głowę, nastąpiła znaczna poprawa, a chory powrócił do przytomności. Kąpiele te powtarzano codziennie, stan chorego stawał się coraz to pomyślniejszym; afazya jednak i niedowład kończyny górnej prawej i n. twarzowego utrzymywały się. W 17 dniu choroby ciepłota opadła do stopnia prawidłowego i już się nie podniosła, władza powoli w kończynie wróciła, — ale dopiero w 5 tygodni chory pierwszy raz był w stanie przyciszonym głosem wymówić jedno słowo „tak“; równocześnie jednak, nie mogąc mówić, — starał się pisać, a napisawszy czytać, co jednak mu się także nie udawało. W 4 miesiące od początku choroby (kąpiele z zawijaniami w koce codziennie) — fizycznie chory czuje się zupełnie prawie dobrze, mowy jednak nie odzyskał. W 6 miesięcy O. stwierdził jeszcze lekki niedowład n. twarzowego i kończyny; co do mowy, to tylko z trudnością wykrztuszał pojedyncze wyrazy, powtarzając je za kimś drugim, często nie pojmując ich znaczenia. (Chory liczy lat 17, uczeń gimnazyalny). Wobec tego stanu zwrócono główną uwagę na leczenie porażenia mowy. Po za jodkiem potasowym, elektryzacyą mięśni kończyny i mięśni, w wymawianiu słów udział biorących, — zaczęto z chorym systematyczną naukę mowy; tę doprowadzono do chwili demonstracyi chorego (w $10^1/_2$ miesięcy od początku choroby) do tego, że chory był w stanie pewnym przedmiotom nadawać odpowiednie im nazwy, dla pewnych zjawisk zaś znaleźć należyte określenie i choć z trudnością i błędami czytać.

Znaczenie przypadku tego jest głównie rozpoznawcze. Przypady mózgowe z wysoką gorączką, — nagle powstałe u osobnika z przewlekłem zapaleniem ropnem ucha środkowego, musiały w pierwszej chwili nasuwać przypuszczenie ropnia. Przeciw niemu jednak przemawiał brak bólów głowy i jakiejkolwiek tkliwości czaszki (miejscowej), przy opukiwaniu, jak również typ afazyi, odmiennej od spotykanych przy ropniach narządu słuchowego.

Przeciw zapaleniu błon mózgowych przemawiało w pierwszym rzędzie ograniczenie się sprawy do pewnych tylko odcinków mózgu, przeciw zapaleniu błon mózg. surowiczemu toż samo ograniczenie i wysoka gorączka.

Wobec tego, przez wykluczenie, przyjąć należało ostre, wybroczynowe, nieropne zapalenie mózgu, co też w rozpoznaniu uwidoczniono. O. spostrzegał 5 podobnych przypadków, wszystkie z przebiegiem pomyślnym, i sądzi, że powyżej opisane objawy są klinicznym obrazem tej choroby.

Co do związku przyczynowego, jaki tu zaszedł z przewlekłem ropnem zapaleniem ucha środkowego, to tłómaczy go O. w ten sposób, że sprawę chorobową wywołały drobnoustroje, które dostawszy się z ogniska ropnego w kości skalistej do krwiobiegu, stały się zwykłym w tym razie bodźcem zapalnym. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

E. Braatz: **W sprawie przecinania nerki.** (*Deutsche medic. Wochens.* 1900. 10). 30-letnia kobieta, którą autor poprzednio kilkakrotnie operował z powodu zmian gruźliczych gruczołów chłonnych szyjnych, zgłosiła się do B. ponownie, skarżąc się tym razem na gwałtowne, napadowo występujące bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Wykonane podczas napadu badanie wykazuje nerkę prawą miernie powiększoną, bolesną przy ucisku. W czasie, wolnym od napadu, nerka ta daje się łatwo przesuwać. Badanie moczu na prątki gruźlicze z wynikiem ujemnym. Uwzględniając to, odniósł B. powiększenie nerki ruchomej do zagięcia moczowodu i wykonał przyszycie nerki. Bóle napadowe zrazu ustąpiły, lecz w kilka miesięcy pojawiły się z dawnem nasileniem. Autor odsłonił więc nerkę, która, jak się okazało obecnie, była dobrze ustaloną. Ponieważ nerka przy badaniu zewnątrz okazała się prawidłową, wykonał B. przecięcie (t. zw. sekcyjne) nerki, które w miąższu jej również żadnych zmian nie wykazało. Wobec tego rozpoznanie brzmiało: *nephralgia.* Skutek zabiegu był widoczny, gdyż dolegliwości zupełnie ustąpiły. Stan taki trwał 3 lata. Po czasie tym napady bólu poczęły występować z wzmożonem nasileniem. Ponieważ kilkakrotnie wśród badania stwierdzono największą bolesność w miejscu, odpowiadającem wyrostkowi robaczkowemu, B. nie mogąc wykluczyć istnienia zmian gruźliczych w samym wyrostku, odsłonił go. Okazało się przytem, że wyrostek był zupełnie prawidłowy. Ostatecznie przystąpił autor do wyjęcia nerki. Chora wyzdrowiała. Badanie anatomiczne wyjętej nerki wykazywało wyraźny jej zanik obok starszych i świeższych ognisk gruźliczych. O jednem z nich można z pewną słusznością przypuszczać, że istniało już w czasie przecięcia nerki, lecz, jako nie leżące w poziomie cięcia, zostało przeoczone. Sprawa gojenia się rany po przecięciu wywarła, zdaniem B., korzystny wpływ na to ognisko, czem się tłómaczy 3 letnia przerwa w napadach po nefrotomii. — Jako jedną z niekorzystnych stron cięcia, przeprowadzonego dokładnie w płaszczyźnie środkowej, wymienić należy to, że w poziomie tym przecina się najwięcej naczyń, czego następstwem jest zanik przedewszystkiem przedniej połowy nerki. Płaszczyznę cięcia należałoby więc w myśl badań Zondeka przesunąć więcej ku tyłowi. Nefrotomia jest zabiegiem poważnym i powinna być tylko w bardzo rzadkich przypadkach wykonywaną. Zalecanie przez B. ostrożności przy rozpoznawaniu nefralgii, jest przy uwzględnieniu powyższego przypadku łatwo zrozumiałem.

Urbanik.

G. Killian: **Wydobycie drogą naturalną odłamka kości, tkwiącego przez 4 lata w prawem płucu.** (*Deuts. medic. Wochens.* 1900. Nr. 10). Do tytułu, który prawie że zupełnie streszcza powyższy przyczynek kazuistyczny, dodać należy, że zdaniem autora przypadek ten jest pierwszym, w którym udało się usunąć ciało obce, tkwiące przez tak długi przeciąg czasu w oskrzelu. Dłuższe przebywanie ciała obcego w oskrzelu nie stanowi więc przeciwwskazania do jego usunięcia. U chorego tego, który nie nadawał się do autoskopii, zastosowana przez K. górna bronchoskopia z jej boczną modyfikacyą dała pomyślny wynik. *Urbanik.*

Dr. Hermes: **Przypadek równoczesnej ciąży zamacicznej i macicznej.** (*Deutsche med. Wochens.* 1900. Nr. 10). Autor na wstępie omawia dane z piśmiennictwa co do częstości tego powikłania, jakoteż rozmaite możliwe zejścia ciąży macicznej i zamacicznej, równocześnie powstałej. Następnie opisuje przypadek, dotyczący wieloródki, u której w 7 tygodni po ustaniu regularności wystąpiły objawy poronienia trąbkowego. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Przy operacyi nie rozpoznano istniejącej równocześnie ciąży macicznej, gdyż to było niemożliwe. W dalszym przebiegu stwierdzono obecność ciąży macicznej, która prawidłowo dobiegła w dalszym ciągu swego kresu. Przez 8 pierwszych tygodni po operacyi uderzała nierówna zbitość lewego odcinka macicy w stosunku do miększego odcinka prawego, co było wynikiem zmian w krążeniu, jakie operacya na przydatkach lewych za sobą pociągnęła. W końcu zwraca autor uwagę, że u jego chorej nie przyszło do wytworzenia się przepukliny brzusznej mimo, że szyto powłoki tylko jednym szeregiem szwów węzełkowych, biegnących przez wszystkie warstwy. *St. D.*

Prof. W F. Sniegireff. **O użyciu nitek ze ścięgien renów, jako materyału do podwiązywania i szycia ran.** (*Ctbl. für Gyn.* N. 9). Autor używał wyłącznie nitek ze ścięgien renów, jako podwiązek i szwów, przy 150 laparotomiach z wynikiem bardzo dobrym. Wyjałowienie tego materyału przeprowadza się w następujący sposób: 1) odtłuszczenie przez dwa dni w eterze; 2) wyjałowienie przez 10 dni w *ol. ligni Juniperi*; 3) usunięcie oleju eterem przez dwa dni; 4) namoczenie (impregnacya) 80% rozczynem sublimatu (1:500) przez dwa dni; 5) przechowywanie w wyskoku. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że przy ranach aseptycznych po użyciu tego materyału nigdy nie było ropienia.

Materyał wspomniany ma być bardzo silny i ulega wessaniu do 14 dni najpóźniej. Autor sądzi, że materyał z renów jest ideałem dla aseptyki przy laparotomiach. *St. D.*

Dr. Walzer. **Powikłanie ciąży włókniakiem.** (*Ctbl. für Gyn.* N. 9). Autor opisuje przypadek ciąży czteromiesięcznej u kobiety, dotkniętej dużymi włókniakami; jeden z nich, umieszczony nizko w miednicy małej, stanowił absolutną przeszkodę porodową. Chora zgłosiła się z powodu znacznych krwawień tak, że musiano użyć tamponady: wkrótce wystąpiło poronienie niezupełne, gdyż pozostało łożysko, którego nawet narzędziami nie udało się usunąć. W 4 tygodnie po poronieniu wykonał autor amputacyę nadpochwową i stwierdził w macicy obumarłe łożysko. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Z okazyi danego przypadku autor zwraca uwagę na możliwość zastąpienia mimo znacznych włókniaków, na długotrwałe zatrzymanie łożyska bez żadnych następstw, w końcu wypowiada zdanie, że włókniaki mogą dawać wskazanie do wywołania poronienia, co byłby w danym przypadku autor zastósował, gdyby poronienie samo nie wystąpiło. *St. D.*

Dr. Anton Prohess. **Przypadek cięcia cesarskiego na umierającej. Dziecko żywe.** (*Ctlb f. Gyn.* N. 9, 1900). Z uwagi, że cięcia cesarskie, wykonywane po śmierci matki, prawie zawsze dają wynik ujemny, coraz częściej w przypadkach agonii robi się cięcie cesarskie i to z wynikiem dla dziecka zawsze dobrym.

Autor miał sposobność wykonania cięcia cesarskiego w okresie konania u kobiety, dotkniętej objawami zapalenia opon; przy cięciu sposobem Fritscha otrzymał płód ośmiomiesięczny, żywy, który się dał utrzymać przy życiu. Matka zmarła w 8 godzin po rozwiązaniu. *St. D.*

Dr. Edward Preiss. **Metreurynter.** (*Ctbl. f. Gyn.* N. 10). Ponieważ autor zauważył, że założenie baloników często bywa bardzo trudne, zwłaszcza, gdy lekarz w praktyce jest pozbawiony wszelkiej pomocy wyćwiczonej, zestawił przeto nowy metreurynter, którym w wielu przypadkach posługiwał się z bardzo dobrym wynikiem. Przyrząd ten jest bardzo prosty, składa się on z próżnego walca o świetle w średnicy 0,2 ctm., z materyału takiego, jak bywają robione cewniki angielskie; na końcu walca, który ma się wprowadzać do macicy, umocowuje się tasiemką kapelusik gumowy, koniec przeciwny zaś łączy się z drenem, w który wpuszczoną jest pompka i kran.

Niepodatność walca ułatwia bardzo wprowadzenie tego przyrządu, a wypełnienie kapelusika jest bardzo proste. *St. D.*

Dr. Alfred Egon Neumann. **Kleszcze u osoby zmarłej. Dziecko żywe. Uwagi nad śmiercią podczas porodu i nad rozwiązaniem w pozycyi stojącej z powodu duszności.** (*Ctbl. f. Gynäkologie*, 1900. 10). Autor opisuje przypadek Dr. Koerbitza, który, wezwany do kobiety rodzącej, już w 15 minut po jej śmierci założył kleszcze i urodził płód lekko omdlały.

W dalszym ciągu swej rozprawy zwraca autor uwagę, że u rodzących z bardzo znacznego stopnia dusznością może nastąpić śmierć w oczach lekarza, wskutek ułożenia chorej dla wykonania jakiegoś zabiegu.

Z uwagi na to autor w przypadku wady serca niewyrównanej u ciężarnej wywołał poród przedwczesny w 6 miesiącu i przeprowadził cały poród w postawie stojącej chorej, która z pewnością, ułożona na łóżku lub na stole, natychmiastby się zadusiła. *St. D.*

Dr. Apostoli. **O nowem zastosowaniu prądu falowego w ginekologii.** (*Frauenarzt* N. 2, 1900). Autor poleca użycie tego prądu w leczeniu ginekologicznem, gdyż on łączy zalety prądu stałego z prądem przerywanym. Najważniejszem działaniem tego prądu jest kojące ból; działa również przeciw zaburzeniom krążenia w macicy i niedokładnemu jej zwijaniu się, przeciw zaparciu uporczywemu stolca. Nie działa bezpośrednio przy włókniakach, ale zawsze koi bóle, nie działa przy zmianach położenia macicy. Bardzo dobrze działa przy przekrwieniach i wypocinach okołomacicznych, naturalnie nie ropnych. Działa silniej stosowany przez wnętrze macicy. *St. D.*

Prof. Dr. M. Mendelsohn (Berlin). **O soku mięsnym, jego pozyskaniu i zastósowaniu w lecznictwie.** (*Wiener med. Presse* Nr. 9, 1900). Używany dotychczas wyciąg mięsny Liebiga lub bulion mięsny (*beeftea*) okazują większe albo mniejsze braki, bądźto że szybko się psują, bądź to że zawierają zaledwie ślady białka. Dlatego z przetworów mięsnych, wyrabianych w najnowszych czasach, najbardziej zasługuje na uwagę sok mięsny „Puro“, zawierający znaczną stosunkowo ilość białka i istot wyciągowych, działających podniecająco na układ nerwowy ośrodkowy i na serce; nie mniej i ta okoliczność, że nie prędko się psuje, podnosi jego znaczenie i zastósowanie.

Z bardzo dobrym skutkiem może być „Puro“ użyte w niedokrewności, błednicy, macicznictwie i podczas uporczywych wymiotów u ciężarnych, nadto u ozdrowieńców, starców wogóle i u dzieci. Jeśli dalej się zważy, że sposób podawania tego soku mięsnego może być różny (na chlebie, na kawałkach lodu, z mlekiem lub kakao, czasami z wodą, — szczególniej zaś z słodkiem winem, — ostatecznie w lewatywie), wówczas przyznać mu trzeba pierwszeństwo przed innymi podobnymi przetworami. Albowiem ta właśnie możliwość urozmaicenia w podawaniu i pokrywaniu swoistego smaku i zapachu jest jednem z najgłówniejszych zadań w pielęgnowaniu chorych, zwłaszcza takich, którzy prawie odrazę czują do mięsa. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. F. Oelberg (Wiedeń). **O sirolinie.** (*Wiener medic. Presse* N. 9, 1900). Autor opisuje 28 przypadków gruźlicy, spostrzeganych w praktyce prywatnej, w których stósował sirolinę z bardzo dobrym skutkiem. Chorzy ci, w wieku od 9 miesięcy do 56 lat, otrzymywali 3 łyżeczki, względnie 3 łyżki siroliny dziennie; o objawach ubocznych O. nie wspomina. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. Horovitz. **O zapaleniu ciała jamistego i naczyń chłonnych prącia** (*cavernitis et lymphangoitis penis*). (*Wiener med. Presse* N. 10, 1900). Na etyologię tych cierpień składa się kilka czynników, przedewszystkiem kiła, — szczególnie zaś nie leczone kilaki prącia. Prawie równorzędne z nimi znaczenie mają wszystkie sprawy chorobowe, prowadzące do nadmiernego bujania tkanki łącznej prącia (zastój wydzieliny, przeszkody w krążeniu itd.), w następstwie czego przychodzi do bliznowatego zgrubienia ciał jamistych. — Do rzadszych już przyczyn stwardnienia prącia (*induratio penis*) zaliczyć należy owrzodzenia zgorzelinowe, fagadeniczne twarde i miękie, — bardzo zaś rzadko sprawy rzeżączkowe; urazy powstałe *intra coitum* (*cavernitis traumatica*) prowadzą do t. zw. złamania prącia (*fractura penis*). Wszystkim tym chorobom zapalnym ciała jamistego towarzyszy zwykle zapalenie naczyń chłonnych, przyczem nadmienić wypada, że wskutek stopniowo rozwijającego się stwardnienia prącia wytwarza się niedostateczny wzwód, prowadzący z czasem do zupełnej niezdolności płciowej. Ze względu na leczenie (byle nie zapóźno stosowane) najlepsze rokowanie dają stwardnienia prącia kiłowe i urazowe; z środków leczniczych zasługują na uwagę rtęć, jod, i zabiegi chirurgiczne. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. Dr. Haškovec (Praga). **Leczenie padaczki sposobem Flechsiga.** (*Wiener klinische Rundschau* N. 7 i 8, 1900). Metoda Flechsiga polega, jak wiadomo, na kombinowanem podawaniu w padaczce przetworów bromu i makowca w dawkach coraz to wyższych, przyczem uregulowanie dyety i całego sposobu życia padaczkowych chorych stanowi *conditio sine qua non.* — Autor opisuje 3 przypadki padaczki, w których ściśle zastósował się do powyższych zasad i otrzymał dobre wyniki, zachęcające do dalszego na tej drodze postępowania. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. J. Pelnář. **O zakażeniu ogólnem pneumokokami bez zapalenia płuc.** (*Wiener klin. Rundschau* 1899. Nr. 41). (Z zakładu Prof. Dra Obrzuta we Lwowie). Autor opisuje dwa przypadki zakażenia ogólnego dwoinkami Fränkel-Weichselbauma z zejściem niepomyślnem. Płuca w obydwu przypadkach nie okazywały żadnych zmian chorobowych, natomiast drobnowid wykazał w ropie z opon mózgowych, migdałków, w śluzie z tchawicy i w śledzionie typowe dwoinki Fränkla (*diplocc. pneumoniae*). Dwoinki te dostawszy się do ustroju przez usta lub jamę nosową wywołały ogólne zakażenie. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. A. Passow (Heidelberg). **O leczeniu przewlekłych zapaleń wypocinowych ucha środkowego.** (*Die Therapie der Gegenwart* Z. 9, 1899). Pod względem podziału chorób zapalnych ucha środkowego panuje w podręcznikach prawdziwy chaos. Słusznie więc autor stara się podział ten jak najwięcej uprościć. Właściwe leczenie uwzględnia Passow o tyle tylko, o ile praktyczny lekarz jest w możności je przeprowadzić. W pierwszym rzędzie bierze on na uwagę stan ogólny ustroju, oraz zmiany chorobowe w nosie i gardle, które odgrywają największą, jak wiadomo, rolę w etyologii i często są jedynemi przyczynami choroby wypocinowej w uchu. Poza tem, najważniejszem zadaniem jest usunięcie wypociny z ucha środkowego. Do tego służy wpędzanie powietrza do jamy bębenkowej, co przyczynia się do prędkiego wessania przez przywrócenie drożności trąbki i prawidłowych stosunków uciskowych w uchu środkowem. Zabiegu tego nie wolno jednak zbyt często i szablonowo wykonywać. Działanie wpędzania powietrza popierać można środkami napotnymi. Gdzie to nie skutkuje, używa się wstrzykiwań rozczynów ściągających i soli kuchennej, albo wdmuchiwania pary salmiakowej lub terpentynowej do ucha środkowego, co jednak rzadko tylko korzyść przynosi. Jeżeli te zabiegi nie wystarczają do usunięcia wypociny, należy naciąć błonę bęb., co jednak nie zawsze bywa uwieńczone tak doraźnym i wybitnym skutkiem, jak w zapaleniu ostrem, gdyż tu starsze i utrwalone zmiany w błonie śluzowej jamy bęb. wymagają dłuższego jeszcze czasu do wyleczenia. Przepłókiwań jamy bęb. przez trąbkę autor nie wykonuje, naszem zdaniem, zupełnie niesłusznie, gdyż zabieg ten w pewnych przypadkach niewątpliwie znakomite oddać może usługi. Po ustąpieniu sprawy zapalnej można jeszcze zapomocą mięsienia bęb. sposobem Delstanchea i wpędzania powietrza poprawić zdolność drgania błony bęb. i kostek słuchowych i podnieść bystrość słuchu.

W sprawach ropnych należy natychmiast błonę bęb. nakłuć, względnie przedziurawienie za małe rozszerzyć; jeżeli są zrosty, należy je przeciąć. W przeciwieństwie do większości autorów poleca P. w przewlekłem ropieniu usznem leczenie suche, połączone z drenowaniem zapomocą gazy salicylowej albo kseroformowej. W głębszem schorzeniu błony śluzowej stósowną jest rzeczą wykonywać wdmuchiwanie kw. borowego albo kseroformu, a w razie ziarnkowania na niej — wkraplanie wyskoku, albo przyżeganie azotanem srebrowym, kw. chromowym, kw. trójchloroctowym i t. p.; ukleje należy usunąć ostrą łyżeczką, pętlą żarzącą, albo kleszczykami. Przy jednoczesnem zajęciu wyrostka sutkowego wskazanem jest jego wydłutowanie. Czasem, mimo stosownego leczenia, utrzymuje się obfita wydzielina cuchnąca; usunięte ukleje i ziarniny odrastają wciąż i wtedy pada podejrzenie, że mamy do czynienia z próchnicą kostek słuchowych lub wyrostka sutkowego. Żeby w każdym przypadku próchnicy należało z zasady operować, na to absolutnie zgodzić się nie możemy, gdyż nie tak rzadkie są przypadki wyleczenia nawet próchnicy przewlekłej zapomocą leczenia zachowawczego. — Autor rozróżnia prawdziwy żółciołojak, jako nowotwór heteroplastyczny, od żółciolojaka rzekomego (*pseudo-cholesteatoma*), powstałego przez wtargnięcie naskórka z ucha zewnętrznego przez przedziurawienie błony bęb. na schorzałą błonę śluzową jamy bęb. Mogą one przez zniszczenie kości i zatrzymanie ropy sprowadzić różne powikłania mózgowe. Należy je usunąć przez przestrzykiwanie, które, jeżeli żółciołojak jest usadowiony w górnym uchyłku jamy bęb., należy podobnie, jak przy tamże umiejscowionej sprawie ropnej, uskutecznić zapomocą różnych t. zw. cewek bębenkowych.

Zdarzają się jednak zawsze przypadki, których mimo stósownego leczenia ogólnego i miejscowego do zupełnego wyleczenia drogą zachowawczą doprowadzić nie można. Wtedy należy przystąpić do leczenia operacyjnego, które polega albo tylko na wyłuszczeniu spróchniałych kostek słuchowych, albo też na szerokiem otwarciu i odsłonięciu jamy sutkowej, wejściu do niej, oraz do górnego uchyłka jamy bęb. i na następowem usunięciu doszczętnem wszystkich ognisk chorobowych, czyli t. zw. operacyi radykalnej. Operacya ta wskazaną jest przedewszystkiem w przypadkach grożącego powikłania śródczaszkowego. Wreszcie autor przyjmuje podane przez Stackego wskazania do tego zabiegu. *Spira.*

Prof. Leyden. **Przypadek tężca u położnicy, leczonego wstrzykiwaniami surowicy wśródoponowemi.** L. opisuje przypadek tężca po poronieniu trzechmiesięcznem, wyleczonego surowicą przeciwtężcową, wstrzykiwaną do jamy rdzeniowej. Wstrzykiwań surowicy zrobiono kilka, najpierw podskórnie, potem dwa do jamy rdzeniowej, — wstrzyknięto ogółem 14 grm. surowicy. *St. D.*

Dr. Hilbert. **Przypadek jadowitego zapalenia tęczówki** (*Iritis toxica*). (*Wochenschrift. f. Ther. u. Hygiene d. Auges* N. 24. 1900). Z historyi choroby dowiadujemy się, że pewna nauczycielka otrzymała w podarunku wazonik z kwitnącym pierwiosnkiem (*primula obconica*). Chcąc powąchać nieznany jej kwiat, nachyliła się nad nim, a za chwilę już uczuła silne pieczenie w oczach i na całej twarzy. Powieki, oraz spojówki powiekowa i gałkowa obrzmiały i zaczerwieniły się. Rogówki były lśniące a przy ogniskowem oświetleniu dostrzeżono mnóstwo drobnych punkcików szarych na błonie Descemeta. Tęczówki były odbarwione, rysunek ich zamazany, — wytworzyła się jedna tylna przyczepina. Przy zastósowaniu odpowiedniego leczenia zapalenie tęczówki ustąpiło po 6 tygodniach, nie upośledzając bystrości wzroku. Liście tego kwiatu mają po obu stronach mnóstwo cienkich włosków, które kończą się guziczkowato, a działają jak pokrzywa. Autor poleca ze stanowiska higieny, aby ogrodnicy byli o tem uwiadomieni i zwracali uwagę kupujących na właściwość tego kwiatu. *Dr Zion.*

M. Neuberger: **Leczenie wyprysku przewlekłego u dzieci zapomocą arszeniku.** (*Revue mensuelle de maladies de l'enfance*, 1899. Zeszyt 8). Autor ogłasza wynik leczenia tego cierpienia w 30 przypadkach u dzieci w wieku od 4 miesięcy do 5ciu lat. Wyprysk w niektórych przypadkach ograniczał się do głowy, pokrytej włosami, lub do twarzy; w innych zaś był ogólny; jużto przedstawiał się w postaci strupków cuchnących, z pod których przy ucisku wydobywała się ropa, już też występował jako wybitny obraz wyprysku zołzowego, usadawiając się na wargach i około otworów nosa. Leczenie polegało jedynie na stósowaniu arszeniku na wewnątrz, podając u dzieci od drugiego roku życia następujący rozczyn:

Rp.: Liquor. arsenic. Fowleri
Aqu. destill. aa 2,50
Ds: 1—5 kropel w mleku po obiedzie.

Rozpoczyna się od podawania jednej kropli przez 8 do 15 dni i powiększa się następnie dawkę o jedną kroplę co tydzień aż do dawki siedmiu kropel. Po wyleczeniu stopniowo zmniejsza się dawkę. — U osesków i dzieci poniżej dwóch lat podaje się nast. rozczyn:

Rp.: Liquor. arsenic. Fowler. 1,50
Aqu. destill. 3,50
DS. 1—5 kropel w mleku po obiedzie.

Powyżej 5 kropel u dzieci tych nie podaje się.

Tylko w jednym przypadku u dziecka jednorocznego pojawił się nieżyt żołądkowo-jelitowy, który N. odnosi do leczenia arszenikiem. Innych szkodliwych objawów, które tak często pojawiają się u dorosłych, autor nie zauważył. Skutek leczenia występuje dopiero od piątego tygodnia leczenia, objawiając się zmniejszeniem swędzenia i wysychaniem sączących się miejsc. Wyleczenie następuje w szóstym lub ósmym miesiącu leczenia. *Jan Landau.*

Kayser: **O znaczeniu chorób nosa dla wyrazu twarzy.** (*Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Nasen-Ohren-Mund und Hals-Krankh.* 1900. Tom IV. Nr. 1). Autor omawia kształt nosa i twarzy i ich związek z różnemi chorobami nosa. Kształt nosa posiada znaczenie nie tylko dla wyrazu twarzy i jako znamię rasowe, lecz także pozwala nieraz na pierwszy rzut oka rozpoznać chorobę nosa. Stosunek między wysokością nosa, a jego szerokością wyraża się przez wskaźnik (*Index*) nosowy. Jeżeli wskaźnik wynosi do 47.0, mówimy o wąskości nosa (*Leptorrhinia*), między 47.1—51.0 o nosie miernym (*Mesorrhinia*), a jeżeli wyżej 51.0 o płaskości nosa (*Platyrrhinia*). Stosunek szerokości twarzy do jej wysokości nosi nazwę wskaźnika twarzowego i stósownie do niego rozróżniamy (nad 90) wąskość, względnie długość twarzy (*Leptoprosopia* albo *Dolichoprosopia*), (niżej 90) płaskość, względnie krótkość twarzy (*Chamaeprosopia* lub *Brachyprosopia*). Grzbiet nosa może być prostym, wypukłym, albo wklęsłym. Pomijając zewnętrzne zmiany

chorobowe nosa, rozpatruje autor zmiany w kształcie nosa, wywołane przez krzywe ustawienie, przegięcia i wyrośle kostne przepony nosowej, przez ubytki w niej, powstałe skutkiem liszaja żrącego, kiły, wrzodu przeszywającego, przez choroby błony śluzowej nosa, szczególnie stany obrzękowe i wyrośle gruczołowate w jamie nosogardzielowej i przez ozenę. Że znamienny kształt twarzy (*leptoprosopia* i *leptorrhinia*), spostrzegany przy wyroślach gruczołowatych nie jest skutkiem jedynie tylko oddechania przez nos, za tem przemawia okoliczność, że nie zawsze go się spotyka przy zarośnięciu tylnych nozdrzy (choanae). Żeby powstał taki kształt twarzy, musi istnieć nadto pewna plastyczna podatność kośćca twarzy. Skośnoszczękość (*prognathia*) jest połączoną zwykle z płaskością nosa (*platyrrhinia*). Autor wykazuje dalej, że szeroki nos obok płaskiej twarzy (*chamaeprosopia*) stanowi pewne usposobienie do ozeny. Przyłączono fotografie i ryciny uzmysławiają wybornie różne kształty nosa i twarzy i ich zależność od pewnych chorób. *Spira.*

Dr. S. Jankelevitch **O częstości głuchoty u dzieci i jej przyczynach, skutkach i uleczalności** (*Paris. Octave Doin, Editeur.* 1899). We wstępie zaznacza autor ważne znaczenie mowy, a pośrednio słuchu dla rozwoju intellektualnego i moralnego osobnika. Następstwa utraty słuchu są tem ważniejsze, jeżeli głuchota jest wrodzoną albo wcześnie nabytą, gdyż wtedy pociąga za sobą niemotę. Na podstawie statystyki wykazuje autor, iż na 100 głuchoniemych tylko u 20 choroba jest wrodzoną; z pozostałych 80% głuchoty nabytej dałaby się znaczna część uratować, gdyby otoczenie umiało dość wcześnie zwrócić na to uwagę. Najczęstszą przyczyną głuchoty wcześnie nabytej są choroby zakaźne, przedewszystkiem płonica i błonica, często przyczyną są również choroby nosa i gardła, między niemi przedewszystkiem wyrośle gruczołowate, sprowadzające w 70% zaburzenia słuchu, które dla rozwoju fizycznego i umysłowego mają wielką doniosłość. Objaśniając, jak przez stosowne i wczesne leczenie takich dzieci dałoby się w znacznej części zapobiegać głuchoniemocie, głuchocie i co za tem idzie, umysłowemu i moralnemu zaniedbaniu, wskazuje autor na konieczność systematycznego badania w tym kierunku dzieci, uchodzących w szkole za nieudolne, a dotkniętych w istocie tylko upośledzeniem słuchu, które, przeoczone, przejść może w stałe kalectwo. *Spira.*

Dr. Jankelevitch. **Krwotoki i krwawienia nosowe, spowodowane przez wyrośle gruczołowate.** (*Revue hebd. de Laryng. d' Otol. et de Rhin.* 1899). Że nie zawsze w przypadkach wyrośli gruczołowatych znajdujemy znamienne cechy tej choroby jak »*facies adenoidien*« i t. d. dowodzą 3, przez autora przytoczone przypadki, w których oddychanie odbywało się prawidłowo przez nos i charczenia we śnie nie było. Dziedziczność w kierunku gruźlicy, mowa niedźwięczna, nieznaczne krwioplucie w jednym, niewątpliwe dziedziczne obciążenie, chorowity wygląd, krwioplucie i krwawienia nosowe w drugim przypadku nasuwały na myśl gruźlicę krtani, względnie płuc; trzeci przypadek dotyczył 50 letniej kobiety, cierpiącej od przeszło 20 lat na głuchotę i częste krwawienia z nosa. We wszystkich tych przypadkach przyczyną objawów klinicznych były wyrośle gruczołowate w jamie nosogardłowej, po których usunięciu nastąpiło zupełne wyleczenie. *Spira.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mydło tytoniowe poleca Marcuse (*Therap. Monatshefte* 1899, Nr. 12) jako środek mający zastąpić dotychczas używane środki przeciwświerzbowe. Mydło tytoniowe posiada barwę ciemnobrunatną i woń olejku bergamotowego. Mydło to składa się z 5% siarki wydzielonej (Sulf. praecip.) i 90% mydła, zawierającego nadmiar tłuszczu. Cegiełka tego mydła zawiera około 0·4 g. nikotyny. Mydło to stosowali już dawniej Mentzel, Tänzer z dobrym wynikiem w pokrzywce, w łupieżu potnym, w liszaju wyłysiającym i t. d., a autor zachęcony wynikami poprzedników zastosował ten środek w świerzbie. Zdaniem jego mydło tytoniowe jest cennym środkiem w leczeniu świerzba, w stosowaniu o wiele przyjemniejszym, aniżeli środki dawniejsze, a nadto stosunkowo tanim. *Dr. Ig. L.*

Ichthoform jestto połączenie aldehydu kwasu mrówkowego z ichtyolem. Związek ten, nierozpuszczalny w wodzie, przewyższać ma według Aufrechta pod względem działania przeciwgnilnego jodoform i pokrewne mu środki; nadaje się także do użytku wewnętrznego i wskazany jest w zapaleniach otrzewnej, w nieżycie jelit gruźliczym i we wszystkich stanach, połączonych z nadmiernem gniciem w jelitach. Podanie ichtoformu bardzo znacznie zmniejszyło wydzielanie kwasu etereosiarkowego w moczu, jak również wywołało zniknięcie indykanu, który się pojawiał w wielkiej bardzo ilości u chorego na przewlekły nieżyt jelit; podawano dziennie 4 g. ichtoformu w postaci zawiesiny w mleku. (*Therap. Monatschft.* 1899 Nr. 12.) *Dr. Ig. L.*

Larginum. Związek ten niszczy dwoinki rzeżączkowe (gonokoki), nie działając zresztą na błonę śluzową, a stosuje się go w rozczynie ¼—1% do wstrzykiwań; wstrzyknięty płyn należy zatrzymać w cewce przez 5—30 minut. Stark stosował ten środek ze skutkiem bardzo dobrym. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1899, XXVIII). *Dr. I. L.*

Amyloform, przedstawiający się w postaci białego, bezwonnego proszku, poleca Longard jako dobry środek na rany, zastępujący jodoform. Amyloform jest związkiem skrobi z aldehydem kwasu mrówkowego; nierozpuszcza się w rozczynnikach, wytrzymuje bez rozkładu + 180°C. Ta jego własność dozwala wyjaławiać w parze wodnej bez szkody napojoną nim gazę opatrunkową. Według L. okazał się amyloform w 300 różnych przypadkach chirurgicznych cennym środkiem przeciwgnilnym, przyczyniającym się wielce do oczyszczania ran i tworzenia się ziarniny. Również dobrze służy do tamponady w postaci 10% gazy amyloformowej. (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 49, 1899). *Dr. I. L.*

Acoinum. Wstrzykiwania podspojówkowe są bardzo bolesne, a znieczulenie kokainą lub holokainą działa tylko podczas wstrzykiwania, natomiast występuje ból później, gdy kokaina działać przestanie. Wśród nowych środków znieczulających odznacza się akoina przedewszystkiem tem, iż znieczulenie zapomocą niej trwa długo. Pierwsze wiadomości o akoinie ogłosił Darier (*La Clinique Opthalmique* 1899) opisując między innemi kilka przypadków znieczulenia akoiną przed wstrzyknięciem podspojówkowem rozczynu sinku rtęciowego; wstrzyknięcia były niebolesne. R. Brundell sprawdził (*The Lancet*, 1899), iż wstrzyknięcie mięszaniny rozczynu sinku rtęciowego (1:1000) z rozczynem akoiny (1:1000) nie sprawiało zupełnie bólu, nawet wówczas, gdy z powodu swej siły wywoływało obrzmienie spojówki gałki ocznej (chemosis) lub nawet obrzmienie powiek. Idąc za przykładem Dariera używał B. jako rozczynnika dla obu związków (akoiny i $(CN)_2Hg$) wyjałowionego rozczynu soli kuchennej. Rozczyn akoiny, przechowany w miejscu ciemnem, utrzymuje się bez rozkładu. Akoina jest również środkiem przeciwgnilnym. (*Wien. med. Presse* 1900 Nr. 2). *Dr. I. L.*

VII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Wobec krótkiej wzmianki, zamieszczonej w protokółach z posiedzeń Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (*Nr. 15 Przeglądu lekarskiego*), a dotyczącej pokrycia deficytu, popełnionego przez pisarza Izby Karola Engelmanna, pozwalam sobie złożyć następujące dodatkowe wyjaśnienie.

Jako zastępca członka Izby lekarskiej wstąpiłem do Wydziału dopiero z końcem ubiegłego trzechlecia Izby w parę miesięcy po śmierci byłego skarbnika ś. p. Prof. Obalińskiego i zastałem wówczas stan taki, że pisarz Izby wykonywał prawo odbierania wkładek i pokrywania wydatków Izby. W tych warunkach powierzenie urzędu skarbnika ograniczyło się do wręczenia mi przez Przewodniczącego funduszów, złożonych na książeczkach Tow. zaliczkowego w Krakowie, których odbiór własnoręcznie poświadczyłem. Wszelkie rachunki zaś i kasę bieżącą, nie zdane mi, prowadził nadal, jak poprzednio, pisarz Izby, który przez cały ciąg drugiego trzechlecia Izby systematycznie defraudował drobne kwoty pod formą wkładek wpływające, jak świadczą jego własne zeznania, złożone w prokuratoryi państwa.

To też po rozważeniu wzajemnem powyższych okoliczności przy pierwszem widzeniu się, zobowiązał się p. Przewodniczący do pokrycia deficytu w równych częściach ze mną, tak, że bezzwłocznie po obliczeniu wysokości zdefraudowanej kwoty zakończyliśmy tę istotnie przykrą sprawę. *Doc. Dr. A. Bossowski.*

— Podanie lekarzy pomocniczych szpitala św. Łazarza do Wydziału krajowego opiewa:

Wiadomo powszechnie i zapewne Wysoki Wydział krajowy w zupełności uznaje, że stosunki materyalne lekarzy w naszym kraju z dnia na dzień się pogarszają, tak, że może po upływie lat kilku da się uczuć dotkliwie brak lekarzy z tego powodu, że frekwencya na wydziale lekarskim z każdym rokiem się zmniejsza. Rząd uznał,

że tak, jak było dotąd, dalej być nie może; chcąc choć w części wynagrodzić krzywdę stanowi lekarskiemu wyrządzaną, podniósł płacę asystentów uniwersyteckich bez względu na ich rangę i przedłużył im czas służby. Wobec tego postąpienia rządu należałoby się spodziewać, że władze krajowe nie pozostaną w tyle i zaprowadzą odpowiednie reformy. Tymczasem norma płac lekarzy szpitalnych, uchwalona przed kilkudziesięciu laty, a dla dzisiejszych stosunków zupełnie nieodpowiednia, dotąd nie została zmieniona, i lekarze napróżno wyczekują, aż wydział krajowy podejmie inicyatywę w tym kierunku. Już od lat kilku niezadowolenie z panujących stosunków wyrażało się w kilkakrotnych petycyach do Wydziału krajowego, ale dotąd niestety bez żadnego skutku. Dlatego zebrani w dniu 6 kwietnia b. r. wszyscy lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza uchwalili jednogłośnie prosić wydział krajowy o przyznanie następujących postulatów: 1) Sekundaryusze winni być ustanowieni z pomiędzy praktykantów za porządkiem bez jakichkolwiek wyjątków na przeciąg lat czterech z wykluczeniem dotychczasowego przedłużania sekundaryatu po pierwszem dwuleciu. 2) Płaca sekundaryuszów winna wynosić co namniej 1.400 koron rocznie, podobnie jak płaca asystentów uniwersyteckich. 3) Podział sekundaryszów na klasy winien być zniesiony bez względu na to, czy dany lekarz jest żonaty, czy nie. 4) Praktykanci szpitala po roku wzorowej praktyki bezpłatnej winni bez wyjątku otrzymać remuneracyę w kwocie co najmniej 600 koron rocznie. 5) Asystenci uniwersyteccy mogą być równocześnie praktykantami szpitala ze wszystkiemi ich prawami, jednak pod tym warunkiem, jeżeli udowodnią, że zajęcia ich pozaszpitalne nie przeszkadzają im w ścisłem wykonywaniu wszystkich obowiązków na równi z praktykantami.

Słuszność powyższych żądań szczegółowego uzasadnienia chyba nie potrzebuje, jeżeli się uwzględni, że liczba chorych, a z nią i praca w ostatnich kilku latach gwałtownie wzrosła, tak że lekarze pomocniczy nie mogą zajmować się praktyką prywatną, o którą zresztą bardzo trudno wobec znacznej liczby lekarzy w Krakowie. Temu przypisać należy, że z roku na rok młodzi lekarze, nie mogąc utrzymać się w Krakowie, wyjeżdżać muszą bezpośrednio po ukończeniu studyów na prowincyę, co ani dla szpitala, ani dla kraju nie jest pożądanem. Podpisani przeto wyrażają nadzieję, że Wydział krajowy raczy się do powyższych żądań przychylić, tem bardziej, że w razie niezałatwienia naszych postulatów do dnia 1 maja b. r., wszyscy lekarze pomocniczy byliby zmuszeni zaprzestać pracy w szpitalu. (*Podpisy*).

Wobec tego, że dawniejsze starania lekarzy pomocniczych szpitali krajowych o poprawę bytu nie odniosły skutku i że obecnie warunki ekonomiczne wogóle znacznie się pogorszyły, są finansowe żądania, wymienione w powyższem podaniu, zupełnie usprawiedliwione.

— Mór nie tylko nie przestaje szerzyć się coraz groźniej w istniejących już ogniskach, ale także ciągle pojawia się w coraz nowych. W Oporto wprawdzie już zupełnie wygasł, ale teraz dopiero rozchodzi się wiadomość, że istniało przez czas jakiś (listopad—grudzień r. z.) drugie ognisko w okolicach nam względnie bliskich, mianowicie w okręgu krasnojarskim gubernii astrachańskiej, gdzie zmarło 59 osób (kirgizów) i gdzie zaraza również już jest stłumioną. W Ameryce zdarzyły się przypadki moru w Brazylii (Rio de Janeiro, Santos, Sao Paolo), w Paragwaju (Asuncion) i w Argentynii, a 24 marca b. r. zmarło 3 chińczyków z moru w San Francisco. W Afryce były przypadki dżumy w końcu lutego w Adenie, natomiast zdaje się, że w Mozambiku i na Madagaskarze mór już wygasł. Niedawno wybuchł mór w Australii; dalej spostrzegano go w Nowej Kaledonii, w Honolulu i na Filipinach. W Azyi stwierdzono nowe ogniska w Yemenie (Turcyi azyatyckiej) i w Japonii. Najbardziej sroży się mór w swej ojczyźnie, w Indyach, gdzie nasilenie zarazy znów gwałtownie wzrasta. W Bombaju zachorowało w styczniu 2324, zmarło 1621, natomiast w lutym zachorowało 2944, zmarło 2437 osób; w Kalkucie w drugim tygodniu lutego zmarło 199, w trzecim 261, w czwartym 441 zadżumionych, w obwodzie Patna w tymsamym czasie 966, 1441 i 1382.

Zastósowanie przetworów chemicznych, w szczególności połączeń kwasu fluorowego do konserwowania środków spożywczych. (Orzeczenie najwyższej rady zdrowia wedle referatu prof. Dr. Grubera. *Das österreichische Sanitäts esen* 1900, Nr. 2, 4, 5).

Przy konserwowaniu środków spożywczych zapomocą przetworów chemicznych nietylko wykluczyć należy stosowanie przetworów, mogących już w małych dawkach działać szkoliwie, lecz uwzględnić należy, że takie środki spożywać mogą i to nieraz w większych ilościach, jakoteż dłuższy czas dzieci, względnie ludzie starzy, schorzali, na których ustrój zaprawienie środków tych przetworami chemicznymi, wprawdzie silnie nie działającymi, a nawet dla zdrowych dorosłych obojętnymi, — może przecież wywrzeć wpływ szkodliwy. Przypuściwszy wreszcie, że te przetwory chemiczne mogłyby być nawet w dużych dawkach używane bez szkody dla ustroju, to jednak zastósowanie ich do konserwowania środków spożywczych jest o tyle szkodliwe, że zmniejsza na rzecz ekonomicznych korzyści wytwórcy i kupca, udzieloną spożywcy ochronę przed niebezpieczeństwem narażenia swego zdrowia. Łatwo rozkładające się środki spożywcze powinny być otrzymywane i przechowywane z największą czystością i starannością, jeżeli bez dodania środków przeciwgnilnych mają pewien czas pozostać nierozłożone i zdatne do obrotu handlowego; skoro zaś raz zaczną się artykuły te psuć, to w zwyczajnych warunkach sprawa ta posuwa się tak szybko i dochodzi do tego stopnia, że spożywca lub kupiec już przez zmianę zewnętrznych własności dostrzedz może rozpoczynający się rozkład. Otóż środek konserwujący, zastósowany w początkowym okresie rozkładu, wstrzymuje dalszą sprawę rozkładową; wówczas zaś środek spożywczy utrzymuje się w stanie znośnym, nadając się na pozór do użytku, mimo iż istoty szkodliwe, trujące, wytworzyły się w nim w takiej ilości, że w rzeczywistości stał się on w wysokim stopniu dla ustroju szkodliwy i spożywanie jego powinno być zakazane.

Najwyższa rada zdrowia orzeka więc, iż dodawanie środków konserwujących, choćby tak niewinnych, jak kwas będźwinowy i jego sole, których zażywanie do 30 gramów dziennie nawet dłuższy czas ustrój bez widoczniejszej szkody znosi, powinno być wzbronione, gdyż przez taki dodatek z jednej strony unika niesumienny wytwórca lub kupiec czystości w przechowywaniu środków spożywczych, z drugiej zaś strony rozkładać się zaczynające, względnie zanieczyszczone środki spożywcze dają się utrzymać w stanie pozornie dobrym. Taksamo orzeka najwyższa rada zdrowia co do stosowania kwasu salicylowego, kwasu borowego, fluorowodu i jego soli. Rozpuszczalne sole kwasu fluorowego działają silnie przeciwgnilnie względem bakteryi, a w szczególności względem spraw fermentacyjnych. Tej własności, jakoteż okoliczności, iż sole te zupełnie prawie nie wpływają na drożdże wyskokowe, zawdzięczają sole kwasu fluorowego coraz większe zastósowanie w gorzelniach. Badania Tappeinera, Loewa Arthusa i Hubera wykazały, iż nawet słabe (bo 0·2%) roczyny fluorków wpływają zabójczo nie tylko na niższe ustroje jak *algae*, *diatomaceae*, lecz działają także szkodliwie na wyższe zwierzęce ustroje. Przy zastosowaniu podskórnem wynosi dawka śmiertelna fluorku sodu 0·15—0·2 grama na kilogram zwierzęcia, — przy podawaniu wewnętrznem około 0·5 grama na kilogram. Przewlekłe zatrucie skutkiem dłuższego podawania małych dawek fluorków zdaje nie istnieje. Najwyższa rada zdrowia nietylko bezwarunkowo wzbrania używania fluorków jako środków konserwujących mięso, kiełbasy, mleko, masło, soki, owoce, marmolady, lecz sprzeciwia się także używaniu środka tego do konserwowania wina i octu; wyjątkowo tylko zezwolićby można na przepłókiwanie beczek z dodatkiem fluorków, i to tylko po złożeniu odpowiedniej deklaracyi.

Już w r. 1894 wykazała najwyższa rada zdrowia, że także i formaldehyd nie jest odpowiednim do konserwowania środków spożywczych, gdyż pod wpływem formaldehydu mięso twardnieje, białko i żółtko jaj się zmienia, ziemniaki marszczą się i twardnieją, mleko zmienia smak i zapach, a jego istoty białkowate stają się w kwasach nierozpuszczalne.

Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych handlu i sprawiedliwości z d. 15 grudnia 1899 zezwala na sporządzanie konserw jarzynowych z zawartością najwyżej 55 miligramów miedzi w kilogramie konserw. *Dr. Bolesław Komorowski.*

* * *

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 19 kwietnia.

* Posiedzenie Tow. lek. krak., zapowiedziane na środę 18. b. m. nie odbyło się dla braku kompletu i zostało odłożone na następną środę 25. b. m.

— Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Kolego Redaktorze! Na moje wyjaśnienie z Nr. 14. „Przeglądu", jakiem powinno być zapatrywanie współczesnego lekarza na stosunek przepisów higienicznych do szerzenia się gruźlicy, odpowiada prof. Domański, że niepodobna ze mną polemizować, gdyż . . . opuściłem z jego zdania trzy wyrazy Ja sądzę, że niema tu poco polemizować. Bo kto powiedział, że „rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie

tyle w słowach i w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ile w poprawie stosunków ekonomicznych" (przytaczam zdanie prof. Domańskiego podkreślając trzy opuszczone poprzednio wyrazy), ten bądź co bądź niedocenia rzeczy tak niezmiernie ważnej, jak wpływ zarazka; czyż lekarz, zajmujący dziś takie stanowisko, może polemizować w tej sprawie? Z poważaniem *O. Bujwid.*

* Redakcya Pamiętnika „Towarzystwa lekarskiego warszawskiego" odzywa się za naszem pośrednictwem do wszystkich autorów prac lekarskich, drukowanych czy to odrębnie, czy jako odbitki z czasopism, z usilną prośbą, aby zechcieli przesyłać po egzemplarzu swoich prac pod adresem Redaktora „Pamiętnika", kol. St. Kamieńskiego, Warszawa, Chmielna 35, w celu streszczenia ich w „Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego", wydawanego corocznie przez „Pamiętnik".

Z naszej strony odezwę tę jaknajgoręcej popieramy, zwracając uwagę kolegów, pracujących na polu piśmiennictwa lekarskiego, że znakomicie redagowany „Przegląd piśmiennictwa", zawierający całoroczną sumę naszego dorobku naukowego, stał się obecnie nieodzowną pomocą dla wszystkich piszących, a nie lekceważących literatury swojskiej. Zaniedbując tak łatwej do wykonania rzeczy, jak wysłanie egzemplarza pracy swej Redakcyi „Pamiętnika", wyrządziłoby się szkodę przedewszystkiem gronu pracujących piórem, do którego przecież także się należy.

* Sejm galicyjski uchwalił utworzyć w r. 1900 dalszą seryę okręgów sanitarnych: w Chocimierzu, Chorostkowie, Cisnej, Knihyninie, Lipnicy murowanej, Łyścu, Majdanie, Mikulińcach, Mrzygłodzie, Niżankowicach, Osieku, Rajtarowicach, Ryglicach i Toustem.

Szpitalowi w Gorlicach uchwalono nadać charakter szpitala powszechnego i publicznego.

* Pracownie dla badań nad dżumą utworzono obecnie według wskazówek urzędu kanclerskiego niemieckiego nietylko w uniwersyteckich zakładach higienicznych (Bonn, Wrocław, Getynga, Gryfia, Halle, Kiel, Królewiec, Marburg) i w zakładzie dla chorób zakaźnych w Berlinie, ale także w samoistnym zakładzie higienicznym w Poznaniu.

* Prezydyum Namiestnictwa we Lwowie ogłasza konkurs na trzy posady lekarzy rządowych. Warunki konkursu podajemy w części inseratowej „Przeglądu".

* Wiadomość o konkursie na posady lekarza kwarantany i lekarza kobiety w Suezie, pomieszczoną w N. 10. „Przeglądu", uzupełnić należy następującymi jeszcze szczegółami. Do podań, skierowanych do „Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire" w Suezie, należy załączyć: 1) oryginał lub autoryzowaną kopię dyplomu doktorskiego, 2) świadectwo zdrowia, 3) zobowiązanie objęcia posady w ciągu jednego miesiąca po urzędowem zamianowaniu. Nadto do podania o posadę lekarza (mężczyzny) dołączyć należy świadectwo studyów bakteryologicznych i epidemiologicznych, w podaniach zaś wymienić należy wiek kandydata i języki, jakimi kandydat lub kandydatka władają. Wreszcie ostrzega Rada sanitarna, że posadę można porzucić tylko za trzechmiesięcznem wypowiedzeniem. Płaca wynosząca z początku 22 funty (= 572 franków), z biegiem czasu wzrasta do 28 f. (516 fr.) miesięcznie. Termin wnoszenia podań upływa 30 kwietnia b. r.

W sprawie tej otrzymujemy od kol. J. Batki z Suezu obszerny list z wyjaśnieniami dla tych, którzyby o posady te starać się zamierzali. Posada lekarza jest do objęcia nie w Suezie, ale przy źródłach Mojżesza (40 min. parowcem od Suezu) w charakterze dyrektora stacyi kwarantanowej, w której otrzymuje on mieszkanie (4 pokoje i kuchnia), a ma obowiązek dozorować osoby, poddane kwarantanie i odkażać przepływające okręty (obecnie w ciągu kwartału około 2000 osób). Lekarz ten za swe czynności jest odpowiedzialny przed Radą sanitarną. Żywność trzeba sprowadzać z Suezu. Upały w lecie dochodzą czasem do 44° C. Znajomość języka francuskiego (jako urzędowego) niezbędna, bez angielskiego również prawie obejść się nie można. Wogóle według kol. Batki, aby wytrzymać na tej posadzie, „trzeba umieć bakteryologię, znać dobrze francuzczyznę, mieć zdrowe nerwy i być miłośnikiem pustelniczego życia". Lekarz-kobieta ma zadanie badać kobiety na przepływających okrętach co do stanu ich zdrowia; posada ta jest zdaniem kol. Batki wcale nie zła. W końcu ostrzega kol. Batko przed podawaniem się o posadę w samym Suezie, na którą wkrótce rozpisany będzie konkurs, gdyż posada ta z góry przeznaczoną jest dla Anglika.

* Zarząd rządowych kolei rosyjskich zamierza zaprowadzić osobne wozy dla chorych, złożone z 3 odrębnych oddziałów: dla zwykłych chorych, dla zakaźnych i dla obłąkanych.

* Crothers, zajmujący się zbieraniem statystyki alkoholizmu i morfinizmu, stwierdził, że wśród 3414 lekarzy w Stanach Zjednoczonych 6—10% jest morfinistami.

* D. Z. Moraczewska ordynować będzie w r. b. w Franzensbadzie.

Sprostowanie. W wyciągu z pracy J. Wolffa w No. 15. „Przeglądu" str. 212, łam lewy, należy czytać w w. 36, 39, 50 i 54 od góry rectotomia zamiast rectostomia.

Mianowani: Doc. F. Göppert nadzw. profesorem anatomii w Getyndze, Doc. R. Kimla tytul. profesorem anatomii patol. na czeskim wydziale lek. w Pradze. Doc. Nikolski z Kijowa nadzw. profesorem dermatologii w Warszawie, Dr. Franciszek Kijewski ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Wolskim w Warszawie.

Nekrologia. Ś. p. Dr. Ignacy Janowski, o którego śmierci doniósł „Przegląd" w Nrze 15, urodził się w r. 1841 w Petersburgu. Początkowo rozpoczął Wydział prawniczy; jednak rok 1863 przerwał te studya. Wzięty do niewoli został ś. p. Janowski zesłany na Sybir, skąd, jako francuski poddany został, ale dopiero po 5-ciu latach, uwolniony. Wróciwszy do kraju wstąpił na Wydział lekarski w Krakowie, po czem został asystentem kliniki okulistycznej Prof. Rydla. Wstąpiwszy w r. 1872 do służby rządowej, jako lekarz choleryczny w Podwołoczyskach, został później mianowany lekarzem powiatowym w Skałacie. W r. 1881 przeniesiony do Drohobycza, pracował tutaj wytrwale przez lat 18, szanowany powszechnie dla prawego charakteru, ukochany przez ludność dla swej bezinteresowności w niesieniu pomocy ubogim, a zawsze żywo odczuwający i popierający sprawy społeczne i narodowe. Cześć Jego pamięci! Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 15: F. Rabczewski: Trzy przypadki wbicia się na pal. J. Wygodski: Profilaktyka gorączki połogowej. J. Czajkowski: O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. (dok.). *Medycyna* Nr. 15: Dr. L. E. Bregman: Ostre zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego i histerya. F. Arnstein: O leczeniu balneoterapeutycznem otyłości ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku. J. Majkowski: Wyniki badania nowych źródeł wody mineralnej Buskiej. *Nowiny lekarskie* Zesz. 8: Dr. J. Zanietowski: O nowszych metodach elektroterapeutycznych i elektrodyagnostycznych (c. d). *Kronika lekarska* Zesz. 7. K. Niedzielski: O znieczuleniu miejscowem według metody Schleicha.

Redakcya otrzymała. L. Dydyński: Wiąd rdzenia u dzieci Odb. z „Gazety lekarskiej" 1899. — W. Orlowski: K' woprosu o baktericidnich .... swojstwach urotropina. Rozprawa doktorska. Petersburg 1900. — D. J. Latkowski: Über den Einfluss des Marienbader Wassers auf die Thätigkeit des Magens. Odb z „Wiener kl. Wochs." 1899. — Dr. J. Latkowski: Przewodnik po Maryenbadzie i okolicy. Kraków 1900. — Dr. Fr. E. Fronczak: On the resuscitation of apparently dead newborn by Laborde's method. Odb. z „The Philadelphia med. Journ." 1900. — Annual Report of the Erie Country Penitentiary for 1899. Buffalo N. Y. 1900 (zawiera sprawozdanie lekarskie Dr. F. E. Fronczaka).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 25 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej", a kol. M. Nartowski wygłosi wykład p. t. „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.